UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1946 N° 72

DES EXTRAITS HYPOPHYSAIRES DANS L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en 1946

PAR

LAURENT SOULAGES

MEMBRES DU JURY... MM. GARIPUY, *Président*
BOULARAN
GUILHEM } *Assesseurs*
RIEUNAU
GRIMOUD, *Suppléant*

— 1946 —

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1946 N° 72

DES EXTRAITS HYPOPHYSAIRES

DANS

L'ÉPREUVE DU TRAVAIL

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en 1946

PAR

LAURENT SOULAGES

MEMBRES DU JURY...

MM. GARIPUY, *Président*

BOULARAN, GUILHEM, RIEUNAU — *Assesseurs*

GRIMOUD, *Suppléant*

— 1946 —

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET
ASSESSEUR	SOULA
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT VALLOIS
Histologie et Embryologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	TAPIE (J.) ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Histoire naturelle	DELAS
Médecine légale et Déontologie	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Anatomie pathologique	N...
Clinique Oto-rhino-laryngologique	CALVET

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. aux él. sages-femmes	GUILHEM
Histologie	CALVET
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Chimie biologique	MM.	VALDIGUIE (P).
Chimie minérale		BLANC
Stomatologie		CADENAT
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		GARRIC
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL L.
Anatomie		THOMAS LAZORTHES
Parasitologie		GÉRAUD
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Médecine expérimentale		GÉRAUD
Pathologie chirurgicale		GRIMOUD
Hydrologie et géologie		ASTRE
Médecine opératoire		RIEUNAU
Médecine sociale et du Travail		BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		SOULA
Thérapeutique		LASSERRE
Pharmacie galénique		COUTURIER
Bactériologie		DARNAUD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	BIMES, C. de f.
Physiologie		BAISSET
Médecine		PLANQUES DARNAUD, C. de f. GÉRAUD, C. de f. GADRAT, Ch. de f. LASSERRE, C. de f. BOUNHOURE C. de f.
Anatomie		LAZORTHES, C. de f.
Chirurgie		VIRENQUE GRIMOUD, C. f. DIEULAFE, Ch. de f. RIEUNAU, Ch. de f.
Obstétrique		GUILHEM
Physique médicale		MARQUES, Ch. de f.
Chimie		VALDIGUIÉ (P.) Gh. de f. BLANC, C. f.
Pharmacie		N...
Secrétaire de la Faculté		DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE ALINE SOULAGES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

A MA FILLE MONIQUE

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ARGAUD

Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Toulouse
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage de notre reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a témoignée au cours de nos années d'études.

A TOUS NOS AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GARIPUY

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-18

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en nous prenant dans son service et en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
à la Faculté de Médecine de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ GUILHEM

Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEUNAU

Chargé des Fonctions d'Agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a porté au cours de notre vie d'étudiant.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIMOUD

Chargé des Fonctions d'Agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. PONTONNIÉ

Ancien Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté

Médecin-Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. LATCHÉ

Chef de Clinique Obstétricale à la Faculté

Qu'il nous soit permis de leur exprimer notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et les conseils qu'ils nous ont prodigués dans l'élaboration de cette thèse.

A MES COLLÈGUES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Dans une leçon faite à la clinique Baudelocque le 16 Mars 1922, Pinard précise : « C'est le bassin à limites étroites, le bassin limite, d'après l'expression peu académique, mais employée à l'heure actuelle, que vous rencontrerez dans votre pratique ; vous voyez combien, avec des bassins se ressemblant pour ainsi dire, ayant parfois les mêmes dimensions, les terminaisons de l'accouchement sont différentes. Combien sont rares les bassins permettant d'affirmer à coup sûr pendant la gestation qu'une opération césarienne s'imposera dès le début du travail ; presque toujours la conduite à tenir dans ces bassins est sous la dépendance de facteurs multiples qui entrent en jeu pendant les différentes étapes du travail et qui nous sont à l'avance complètement inconnus. »

Voilà, en peu de mots, posé le problème de l'Epreuve du Travail. En effet, le médecin appelé à examiner une femme enceinte et qui découvre chez elle un rétrécissement pelvien s'inquiétera de savoir si un accouchement spontané est possible. Il est des cas où le rétrécissement est si important que l'intervention chirurgicale ne fait aucun doute ; mais dans d'autres cas « la disproportion entre l'aire d'engagement et le mobile fœtal n'apparaît pas telle que toute chance d'accouchement par les voies naturelles soit compromise » et cependant on ne peut affirmer qu'il aura lieu. L'examen clinique et les recherches radiographiques les plus récentes n'ont apporté de solution, car nous ignorons la valeur du moteur utérin et la réductibilité de la tête fœtale. Pour en juger, jusqu'à ces derniers temps on laissait se déclancher les phénomènes du travail et on faisait ainsi une Epreuve du Travail avec tous les risques que comportait cette méthode pour la mère et pour l'enfant. A l'heure actuelle, après les

magnifiques résultats obtenus dans les accouchements normaux par la méthode de Delalande, on s'est décidé à l'appliquer au cas particulier des bassins limites, provoquant ainsi une Epreuve de Travail au moment où l'on veut et qui aura l'avantage d'être aussi efficace que rapide, permettant ainsi au médecin de porter un pronostic et d'établir une thérapeutique à bon escient.

C'est à l'étude de cette méthode obstétricale, somme toute assez récente, que, sur les conseils de notre Maître Monsieur le Professeur R. Garipuy, nous nous sommes attachés au cours des deux années que nous avons passé dans son service.

Notre travail essaiera après un historique de la question de présenter l'Epreuve du Travail telle qu'elle se conçoit aujourd'hui. Nous verrons en détail quelles en sont les indications ; nous en examinerons la technique ; les observations sous les yeux nous en discuterons les résultats et en tirerons les conclusions qui en découlent, car à côté de succès remarquables nous relaterons quelques échecs et nous défendrons notre point de vue, qui est que l'Epreuve du Travail associé à la Méthode de Delalande, sous certaines conditions matérielles, doit être tentée toutes les fois qu'elle est possible, car lorsqu'on obtient un résultat satisfaisant, ce résultat est si précieux que ce serait, à notre avis, une faute pour un accoucheur de carrière de n'avoir rien fait pour essayer de l'obtenir et de servir ainsi la cause obstétricale auprès des malades.

CHAPITRE II

Historique

« Je sais peu d'histoire plus attachante que celle des méthodes opératoires tour à tour préconisées pour terminer l'accouchement dans les bassins rétrécis. Rechercher les causes qui ont fait adopter, abandonner, renaître et retomber dans l'oubli les procédés, c'est, en effet, parcourir l'histoire de l'obstétrique elle-même, de son évolution et de ses progrès. » (Bar, 1900).

Les anciens accoucheurs, en présence d'un angustie pelvienne, attendaient, faisant ainsi involontairement une Epreuve de Travail. Malheureusement la vie de la mère et celle de l'enfant se trouvait souvent en danger et les interventions par voie basse qu'ils pratiquaient se terminaient, en général, par un désastre.

Au XVI[e] siècle parût un travail sur la césarienne et Séverin Pineau proposa la disjonction des os du bassin pendant le travail. Au XVIII[e] siècle et dans la première moitié du XIX[e] l'obstétrique s'enrichit de méthodes et d'instruments nouveaux.

Chamberlen invente et expérimente le premier forceps ; en 1773, Sigault propose, dans le cas de bassins rétrécis, de terminer l'accouchement par une symphysectomie ; Baudelocque jette les bases de la pelvimétrie externe ; Michaelis, Neugebauer, Léopold étudient le mécanisme de l'accouchement dans les dystocies. Mais le pronostic de cet accouchement n'en était pas amélioré. La mortalité fœtale restait très importante, 20 à 40 %, dans la version par manœuvres internes ; quant au forceps manié au détroit supérieur, il ne donnait pas de résultats plus satisfaisants et constituait comme le disait Pinard « une véritable basiotripsie déguisée. » Il ne restait plus qu'à chercher et trouver une nouvelle méthode. Puisque un fœtus à terme ne pouvait passer par

le bassin rétréci, il était logique de le faire naître à un moment où ses dimensions lui permettaient de franchir facilement la gouttière pelvienne. L'accouchement prématuré provoqué acquérait droit de cité et allait le conserver quelques temps. Baudelocque, cependant, ne l'admettait pas. A quel moment, en effet, devait-on provoquer l'accouchement ? Si on le provoquait trop tôt, on risquait d'avoir un enfant débile ; trop tard, on pouvait retomber dans les difficultés d'un accouchement dystocique.

En 1885, l'avènement de l'aseptie et de l'antiseptie va permettre de reconsidérer les opérations (césariennes, symphysectomie) tombées dans l'oubli. Cependant, Pineau donne une mortalité maternelle de 22 %, car la séparation des cas purs et infectés n'était pas réalisée. Harris, en 1883, attira l'attention sur l'avantage de pratiquer une opération précoce. En 1885, Bar, ayant vu, à Leipzig, Saenger réussir une césarienne, préconise la césarienne prophylactique qui doit être faite « sur un œuf intact, avant toute rupture des membranes, alors que le travail n'est pas encore déclanché, ou tout à son début. » Cette technique, si elle permet de pratiquer des césariennes inutiles, évite cependant la péritonite post-opératoire qui trop souvent suit l'intervention pratiquée sur une femme en travail depuis plusieurs heures. Ces idées triomphèrent pendant longtemps et en 1920, au Congrès de Paris, Couvelaire disait encore : « Les opérations césariennes tardives restent des opérations risquées ; je préfère terminer par l'hystérectomie si la césarienne est indispensable. »

A la même époque, Pinard va se faire l'avocat des droits de l'enfant et repousser la pratique de l'accouchement prématuré provoqué qu'il considère comme « un véritable avortement déguisé », « loterie dans laquelle le gagnant est tout au plus un prématuré » et il fait inscrire dans son amphithéâtre de Baudelocque : « La basiotripsie sur l'enfant vivant a vécue. » Pour la mère, il précomise l'épreuve du travail, qui évite des césariennes inutiles, réservant la symphysectomie comme solution chirurgicale aux cas infectés. Mais les indications de cette dernière sont difficiles à poser. En 1904, Ribemont-Dessaignes pratique une césarienne à l'hôpital Beaujon, sur une femme en travail depuis 24 heures, membranes rompues depuis 10 heures, et qui guérit. Bocquel rapporte en même temps 5 cas analogues. Ces interventions tardives n'étaient, cependant, pas sans danger et la césarienne prophylactique sur un œuf intact persiste.

En 1909, Couvelaire souligne « les dangers de l'opération quand l'infection, même latente, est dans la place », et, en 1910, Doléris s'élève contre la césarienne tardive et l'épreuve du travail qu'il considère comme dangereuses. Ce qui n'empêche pas Pinard de persévérer dans l'idée de la nécessité d'une épreuve du travail, même si elle doit se terminer par une césarienne, Franck ayant, en effet, rapporté, au Congrès de Lisbonne de 1908, 7 observations de césariennes basses menées à bonne fin. Mais leurs efforts restent vains et bien que, dès 1915, les Américains fassent des césariennes basses dans les cas infectés, cette technique reste toujours délaissée en France où l'on tente de perfectionner la césarienne corporéale, qui, après épreuve du travail, reste une intervention grave, par suite de la péritonite post-opératoire toujours possible et ce, malgré l'extériorisation de l'utérus, le drain, le Mickulicz, etc., etc... Le problème qui se posait était donc de trouver une couverture péritonéale, de bonne qualité, de l'incision du muscle utérin, évitant ainsi les risques possibles d'infection de la séreuse. C'est Joerg (1806) et Rigden (1814) qui, les premiers, eurent l'idée d'une telle opération. Mais il fallut attendre le XX^{e} siècle pour voir, en 1920, Shickelé, de Strasbourg, à la suite des travaux de Franck, Sellheim, Ladsko, Doderlein, vulgariser la pratique de la césarienne basse et permettre, de ce fait, l'épreuve du travail, car bien des complications péritonéales vont disparaître grâce à une péritonisation soignée, faisant ainsi diminuer d'une façon considérable la mortalité. Dès lors, on pourra augmenter la durée du travail et rompre les membranes sans avoir à craindre de se trouver dans une situation inextricable, et, de ce fait, l'épreuve du travail devenait une excellente méthode obstétricale. Cependant, si l'emploi de la césarienne basse permettait de pousser à fond ce procédé, il n'en restait pas moins que, par le fait même de prolonger le travail, l'accouchement d'une part restait douloureux et fatigant pour la mère et d'autre part pouvait aboutir à une souffrance fœtale avec toutes ses complications. L'idéal aurait été de pouvoir supprimer les douleurs maternelles tout en accélérant la marche du travail.

Dès le XVIII^{e} siècle médecins et accoucheurs s'attachèrent à la sclution du problème de l'analgésie obstétricale. Deventer, le premier, essaya de rendre l'accouchement indolore par l'emploi de pilules d'opium et de farine de seigle, mais c'est d'Angleterre que nous vint la première observation d'anesthésie par inhalation et cette méthode se répandit lorsque Simp-

son eut utilisé le chloroforme pour anesthésier la reine Victoria en 1853. Campbell reprit et vulgarisa le « chloro à la Reine », mais la plupart des accoucheurs français y étaient rebelles et Pajot pouvait écrire en 1852 : « La campagne faite et menée par nous pendant plusieurs années s'est terminée par le silence le plus complet de nos adversaires. La thèse si concluante de notre ami le Docteur Pinard a achevé la déroute du grand flacon et du petit mouchoir. » Cependant Budin un peu plus tard défendait l'anesthésie chloroformique discontinue.

Le badigeonnage du col utérin avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 % fut réalisée par Doléris en 1884 et fut abandonné car son action était trop passagère.

Dans le même but analgésique, Fébus injecta une solution de 1 à 2 % de chlorhydrate de cocaïne et de caféïne dans le tissu cellulaire péri-cervical.

Aux Etats-Unis c'est Corning qui expérimente lui aussi les injections épidurales de cocaïne, mais ces procédés sont insuffisants.

Utilisant le procédé de Quincke (ponction lombaire) Bier de Kiel, en 1898, réalisa la première rachianesthésie et obtint d'emblée un bon résultat. En France la méthode se généralisa en 1899, grâce à Tuffier, et en 1900 de Doléris, à la suite de la Thèse de Malartic. Une méfiance exagérée fit suite à l'engouement du début et la publication par Legueu d'accidents, un vif réquisitoire de Reclus, entraîna le discrédit de la méthode. On employait alors la cocaïne à des doses élevées, d'où la fréquence et la gravité des accidents signalés.

La découverte en 1904 de la stovaïne, par Fourneau, mit entre les mains des obstétriciens un anesthésique de toxicité moindre que la cocaïne tout en en possédant les propriétés. Des rachianesthésies obstétricales furent tentées et réussies par Doléris et Chartier avec le nouveau produit. Mais ces résultats furent éphémères et furent suivis de déboires et de désillusions.

En 1905, l'injection dans le système circulatoire de la scopolamine morphine fut tentée par Krönig, non sans inconvénients pour le fœtus et la parturiente.

La découverte de la novocaïne par les Allemands allait remettre la rachianesthésie en honneur. Delmas (1919), Cheval (1923), Brindeau et Lantuéjoul (1923-24) publièrent des observations sur des anesthésies rachidiennes obstétricales avec ce produit. Et en 1928 Delmas publia son procédé d'éva-

cuation extemporanée de l'utérus donnant ainsi à la rachianestésie obstétricale la grande vedette.

Plus près de nous les accoucheurs sont revenus à l'analgésie par inhalation et adjoignirent au chloroforme d'autres anesthésiques : éther, mélange de Schleich, éthylène, et plus récemment, avec Cohn, le protoxyde d'azote.

La première partie de notre idéal se trouvait donc réalisée et on pouvait parler d'accouchement sans douleur ; restait en suspens la question de l'accélération de l'accouchement.

Les moyens que l'on a préconisés dans ce sens sont nombreux, mais sont plus ou moins efficaces.

Les procédés simples : massages de l'utérus, injections vaginales chaudes, grands bains chauds prolongés, sont, en général, insuffisants pour lutter contre l'inertie utérine. Les moyens mécaniques donnent des résultats plus satisfaisants : écarteur de Tarnier, ballons dilatateurs, dilatation manuelle etc., etc..., mais ils demandent une instrumentation spéciale, un opérateur rompu à la pratique des accouchements et ils peuvent présenter un danger pour la mère, si les précautions antiseptiques ne sont pas suffisantes ou si l'opération est mal pratiquée.

On comprend, dès lors, que les obstétriciens se soient appliqués à trouver un médicament capable de remplacer dans le traitement de l'inertie utérine les moyens inefficaces ou compliqués et d'agir sur la contractilité de l'utérus gravide.

On crût que l'ergot de seigle dont on a tant usé et abusé allait remplir toutes ces conditions. Mais on obtenait une tétanisation de l'utérus, la contracture du col et c'est plutôt un médicament post-partum.

Plus récemment on a préconisé le sulfate de quinine. Son action est parfois excellente, mais ses résultats sont inconstants. Le rythme et la périodicité des contractions utérines sont conservés.

Quelques auteurs ont proposé une série de produits calmants ou activants : sucre, chloral, etc., etc... Les opiacés n'ont pas été oubliés et la morphine a été proposée, mais son utilisation a été abandonnée du fait de son action toxique pour le fœtus.

Alliant les avantages des opiacés à ceux des antispasmodiques comme la belladone, un produit récent, la spalmalgine permet d'utiliser pour un effet supérieur une quantité beaucoup plus faible de produits toxiques.

Cependant à cette époque il n'existait pas une méthode ou

un médicament susceptible, dans tous les cas et d'une façon certaine, d'amener rapidement la dilatation du col.

En 1882, Horsby réussit à extirper l'hypophyse et pendant vingt-cinq ans des auteurs qui ont nom : Vassale, Cyon, Howell, Thaon, Parisot, etc., etc., allaient dégager un certain nombre de fonctions et de propriétés de la pituitaire. On considérait cette glande comme un centre cardio-vasculaire et ce n'est qu'en 1909 que Dale montra l'action du lobe postérieur sur les fibres musculaires de l'utérus. Mais, suivi en cela par Bell, il n'y voit qu'un moyen d'hémostase au cours d'une hémorragie utérine et il faut attendre 1911 pour que Hofbauer montre le pouvoir ocytocique de l'extrait du lobe postérieur.

La thérapeutique hypophysaire diffusa en France, en Angleterre, en Allemagne, et aboutit en 1912 à la parution de deux thèses : celles de Vayssières (Paris) et de Devin (Lyon) qui précisèrent les résultats de l'emploi de l'hypophyse en obstétrique et qui permirent de formuler ses principales indications obstétricales.

Notre idéal se trouvait donc réalisé, mais il fallut attendre encore quelques temps pour qu'en 1938 Delalande rendit public les brillants résultats obtenus par son père dans les accouchements normaux grâce à l'association anesthésique, extrait hypophysaire.

La méthode de Delalande ne devait s'employer, aux dires de son auteur, que dans l'accouchement normal et être proscrit dans toute dystocie. Notre étude va essayer de montrer, au contraire, que l'Epreuve du Travail a acquis de par la méthode de Delalande un plus grand intérêt et que cette méthode ne joue vraiment à plein que dans le cas particulier des bassins limites.

CHAPITRE III

De quelques produits employés dans le Delalande

I. Les Anesthésiques

Avant de commencer à parler des différents anesthésiques employés en obstétrique dans l'Epreuve du Travail, il nous paraît bon de rappeler que le caractère intermittent des douleurs et la durée du travail posent, pour chaque anesthésique, un triple problème.

1° Sa rapidité d'action.

Il importe d'obtenir rapidement la phase analgésique préanesthésique.

2° Sa toxicité.

Il ne faudra pas oublier qu'une action prolongée, de façon continue, à dose anesthésique vraie peut avoir des conséquences graves aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

3° Son retentissement sur le muscle utérin.

Pour prévoir et prévenir les anomalies qui peuvent survenir, de leur fait, sur l'évolution de l'accouchement.

a) Le Chloroforme

Découvert par Soubeiran en 1831, le chloroforme ou trichlorométhane de formule $CHCl^3$, fut employé à des fins anesthésiques pour la première fois en 1847 par Flourens.

La France, malgré les travaux de Blot, Cazeaux, Delmas Houzelot et Stolz, ne voulut pas voir l'intérêt de son emploi en obstétrique.

Puis vint le temps où la discussion s'engagea entre les partisans de l'anesthésie générale obstétricale par le chloroforme et le « Chloro à la Reine » avec Campbell, Drouet, Fauchié et Lucas-Championnière.

A l'heure actuelle ce mode d'anesthésie est à peu près abandonné et les accoucheurs préfèrent s'adresser à d'autres produits.

1) Administration.

On peut le donner soit sous forme de « Chloro à la Reine », soit d'anesthésie générale.

2) Mode d'action.

Facile à pratiquer, c'est une anesthésie rapide. Après quelques bouffées les douleurs rétrogradent et la parturiente s'endort d'un sommeil profond, avec résolution musculaire complète.

3) Toxicité.

C'est un produit toxique, d'élimination lente, sept heures pour qu'elle soit totale. La syncope blanche est un des dangers les plus redoutables et les plus imprévisibles de cette anesthésie par décompensation cardiaque aiguë. Heureusement les accouchées posséderaient pour cet anesthésique une grande tolérance ce qui faisait dire à Budin : « Chaque fois que je dois donner du chloroforme pour une opération chirurgicale, j'éprouve involontairement un certain sentiment d'inquiétude, tandis que je ne suis jamais anxieux quand il s'agit d'en faire respirer aux femmes en travail. »

Quoiqu'il en soit et bien que les accidents ne soient pas plus fréquents qu'avec les autres anesthésiques, il vaudra mieux proscrire cette anesthésie chez les hépatiques, les cardiaques et chez les personnes venant de subir un traitement adrénalinique (syncope par fibrillation ventriculaire). Mais à part ces éventualités, se souvenir que le chloroforme est bien toléré par la mère dont les couches ne sont jamais compliquées.

Pour l'enfant, il risque tout au plus de naître endormi. « Les accidents survenus chez le nouveau-né et même la mort, nous ont toujours paru plutôt attribuables aux manœuvres opératoires qu'à l'usage du chloroforme. » (Pajot).

4) Retentissement sur l'utérus.

a) Action sur les contractions utérines.

En 1848, Simpson nous apprend « qu'une forte dose suspend les contractions utérines ; qu'une dose moyenne les laisse normales ; qu'une dose plus faible encore en augmente parfois l'intensité et la force. »

Pour Bouisson, Championnière, etc., les contractions augmentent en énergie et en fréquence. Pour Hoffmann, Guam et Pinard, le chloroforme entraînerait une diminution des contractions, même à dose modérée. Pour Budin et Rhenter cet anesthésique serait sans action sur la fibre utérine. Enfin les enregistrements graphiques de Levy-Solal et Sureau allaient départager les auteurs et nous donner les résultats suivants :

espacement considérable des contractions ;

raccourcissement de ces contractions ;

diminution de leur intensité.

b) Action sur la rétractilité utérine.

Le chloroforme aurait une grande influence sur les hémorragies du post-partum. Il atteint, en effet, de façon plus active et plus durable la rétractilité que la contractilité et ce défaut de rétractilité dure longtemps après la fin de l'anesthésie. Il est certain que dans quelques cas, 14 % d'après Levy-Solal et Sureau, l'anesthésie semble troubler le mécanisme de la délivrance.

c) Action sur la tonicité utérine.

Elle est variable. Dans le cas de contractions prolongées avec détente incomplète, le chloroforme ramène le muscle à son tonus normal ; dans le cas de contractions subintrantes, il espace les contractions, donnant le temps à l'utérus de revenir à un tonus normal entre deux contractions.

b) L'Ether

Découvert en 1544 par Valérius Cordius, l'éther de formule $C^2 H^5 - O - C^2 H^5$ fut employé pour la première fois comme anesthésique général par Crawford, Long et Jefferson en 1842. Mais le véritable créateur de ce mode d'anesthésie est Morton en 1846.

L'éther employé comme anesthésique pendant l'accouchement n'a pas fait l'objet de nombreux travaux.

1) Administration.

Il peut s'administrer à la compresse ou à l'Ombredanne

2) Mode d'action.

C'est une anesthésie facile à pratiquer et dont les effets se font rapidement sentir.

3) Toxicité.

Elle est presque nulle. La mère et l'enfant supportent fort bien cette anesthésie et l'éther aurait de plus un pouvoir cardiotonique. Son emploi se justifierait dans les contre-indications du chloroforme. Le seul grief qu'on pourrait lui faire serait les complications pulmonaires post-anesthésiques par paralysie du centre thermo-régulateur. Nous ne retiendrons pas les malaises, vomissements des réveils, etc., etc.

4) Retentissement sur l'utérus.

a) Action sur les contractions utérines.

On a une stimulation des contractions qui augmentent de force, mais qui diminuent de fréquence et d'énergie lorsqu'on prolonge la narcose.

b) Action sur la rétractilité utérine.

Elle est nettement et défavorablement influencée : après la délivrance l'utérus reste mou et on peut avoir des hémorragies importantes, 20 % des cas.

c) Action sur la tonicité utérine.

Elle se fait dans le sens du relâchement du myomètre, mais est moins absolue qu'avec le chloroforme.

c) Le Chlorokélène

C'est à l'heure actuelle l'anesthésique spécifique de l'Epreuve du Travail.

Le mélange existe en proportions différentes, mais celui que l'on emploie le plus couramment contient 75 % de chlorure d'éthyle et 25 % de chloroforme.

1) Administration.

A la compresse ou au masque l'anesthésie est obtenue rapidement, mais cesse vite si l'on n'administre plus le mélange.

2) Mode d'emploi.

C'est un anesthésique puissant et rapide.

3) Toxicité.

Le réveil ne s'accompagne pas d'effets secondaires et les

malades récupèrent rapidement leur conscience. On ne peut parler avec lui de doses mortelles. Cependant cet anesthésique peut être à l'origine de syncopes bleues par contractures musculaires localisées sur l'appareil respiratoire.

4) Retentissement sur l'utérus.

b) Action sur la rétractilité utérine.

Cet anesthésique affaiblit les contractions.

b) Action sur la rétractilité utérine.

Il n'a pas été observé d'accidents de la délivrance.

c) Action sur la tonicité utérine.

Il y a une augmentation notable du tonus.

II. L'Ocytocique

C'est en 1913, qu'à la suite des travaux des chimistes de la firme allemande « Hœchst », Fuhner présenta l' « Hypophysine » ou mélange de quatre sulfates, qui présentaient, d'après lui, le principe actif de l'hypophyse au triple point de vue des effets circulatoires, respiratoires et ocytociques.

Quelques temps plus tard les auteurs américains Abel et Pincoffs réfutèrent cette manière de voir et attribuèrent à l'histamine seule l'activité ocytocique du produit.

Puis Engeland et Kutscher, Guggenheim, Fenger et Hull, Dudley, Abel et ses collaborateurs Kubota, Nagayama et Rouillier essayèrent, avec plus ou moins de bonheur, d'isoler le principe ocytocique actif de la glande.

Plus près de nous les recherches de Burn, Dale, Penau et Simonnet n'ont pas abouti à un résultat positif et la question reste en suspens.

Cependant la « Pituitrine » dont Dale avait signalé les effets en obstétrique n'était employée qu'avec circonspection par les obstétriciens. En 1913, c'est Edgar qui signala des accidents ; en 1921, c'est au tour de Haskell et Rucker de parler de mort fœtale, de contractures intempestives, etc., etc., approuvés par Le Lorier et Chernesse qui publient cinquante trois cas de ruptures utérines et par Laurentié, Pollak et Win. Il fallut attendre Chatillon, Harrisson, Pouliot et surtout Mundell qui, reprenant chaque cas de rupture utérine en particulier, montrèrent que la Pituitrine avait été employée à tort et qu'utilisée, au contraire, sans contre-indications, ses résultats étaient excellents.

A l'heure actuelle on s'est rallié à leur manière de voir et à la suite de Chatillon nous pouvons dire : « L'extrait hypophysaire n'est dangereux que s'il est employé de façon inconsidérée, sans tenir compte des contre-indications. »

Mais qu'est-ce, en fait, que cet extrait hypophysaire ?

a) Formes Médicamenteuses et Dosages

Les hypophyses utilisées proviennent, en général, de bœufs ou de veaux.

Autrefois on administrait la poudre d'hypophyse desséchée per os ; aujourd'hui devant l'action inégale de cette poudre on préfère employer les extraits injectables, préparés par des Laboratoires Français ou Etrangers, qui ont adopté chacun un mode personnel de préparation et de dosage. Cependant, la méthode de dosage utilisée en général est celle de Burn et Dale. L'organe en expérience est un utérus de cobaye jeune et impubère, immergé dans du liquide de Locke. La solution à titrer est obtenue par la macération de 2 décigrammes de poudre d'hypophyse dans 40 cc. d'eau distillée et 2 millimètres cubes d'acide acétique. Nous ne donnerons pas les détails de l'appareillage qui est assez compliqué, nous nous contenterons de dire qu'on procède à quatre mesures successives qui, si elles sont identiques, nous permettront de dire que nous possédons un extrait dont la teneur en unités Vœgtlin est bien déterminée et dont 1 cm.^{3} contient un nombre d'unités connues.

Voici, d'après Chneerson, une liste des principales spécialités pharmaceutiques avec les caractéristiques de chaque produit :

1) Produits Français :

a) Extrait Hypophysaire « Choay » (1 amp. = 1 cc. = 0, 05 d'extrait).

b) Rétropituine de Carrion (1 amp. = 1 cc. = 0,10 d'extrait).

c) Physeine « Gremy » (1 amp. = 1 cc. = 0,20 de lobe post. d'hypophyse).

2) Produits Anglais :

a) Pituitrine de Parke, Davis and C° (1 amp. = 1 cc. = 0,05 d'extrait).

b) Extrait d'Hypophyse (Infundibulaire).

c) « Vaporole » de Burrough et Welcome (1 amp. = 1/2 ou 1 cc. = 0,010 d'extrait).

3) Produit Allemand :

Hypophysine « Creil » (1 amp. = 1 cc. = 0,05 d'extrait).

4) Produit Suisse :

Pituglandol de Hoffmann Laroche (1 amp. = 1 cc. = 0,10 d'extrait).

b) Les Effets Ocytociques de la Post-Hypophyse

Pour étudier les effets ocytociques des extraits hypophysaires on peut faire des expériences in vitro et in vivo. Les premières n'offrent que peu d'intérêt, les secondes sont plus démonstratives, mais leur résultat n'a qu'une analogie lointaine avec ce qui se passe chez la femme. Que peut-on donc attendre de la Pituitrine en pratique obstétricale ?

1) Avant le début du Travail.

Bell, Lellie, Rowland, Scott et Vogh ont prétendu que l'injection de pituitrine déclanchait le travail, alors que Adœr, Bubis, Mathieu, Parisot et Vignes combattaient cette idée. Cependant après les travaux de Kurt Hatzky, de Wodon et de Guchtenœre, il se pourrait que la pituitrine puisse déclancher le travail.

2) Pendant la Dilatation.

C'est à ce moment que l'injection d'extraits hypophysaires atteint son maximum d'effet. Devic dans sa thèse a pu écrire : « L'action ocytocique de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse est aujourd'hui bien démontrée. Elle est d'autant plus marquée que la grossesse est plus près du terme. Les meilleurs résultats sont obtenus sur l'utérus à terme et déjà en travail. L'injection d'extrait donne dans ces cas des contractions utérines intenses suivies rapidement de l'expulsion de l'enfant. »

Nous ne pouvons que souscrire à ces lignes qui démontrent aisément l'intérêt que présentera l'adjonction d'injection hypophysaire à une Epreuve du Travail qui risquerait de traîner en longueur, à condition bien entendu et nous ne le répéterons jamais assez, que l'opérateur soit capable de faire ou de faire faire sur l'heure une césarienne pour éviter une catastrophe en cas d'échec de la méthode.

3) Après l'accouchement.

On a voulu voir dans la pratique des extraits hypophysaires une cause de mort fœtale, de déchirures périnéales, de rup-

tures utérines. Nous ne contestons pas ces faits, mais, à notre avis, s'ils se sont produits, c'est au cours d'un mauvais emploi de pituitrine, alors que l'accoucheur ne s'était pas entouré de toutes les garanties nécessaires. Dans le cas où les précautions essentielles avaient été prises, il ne nous paraîtrait pas raisonnable de rejeter cette méthode car on voit aussi des accidents au cours d'une Epreuve du Travail sans Delalande et au cours de bien d'autres méthodes obstétricales, ce qui ne les a pas fait supprimer de la pratique obstétricale.

Enfin nous terminerons en disant que les extraits hypophysaires, nous contents d'agir comme accélérateurs dans le travail, luttent aussi contre les lenteurs de la délivrance, contre certains accidents et comme antidote des anesthésiques dans les hémorragies.

Mais, s'il est facile de montrer l'action de ces extraits sur l'accouchement, quel est en fait leur action intime ?

c) **Données Physiologiques**

Les modifications subies par la fibre utérine à la suite d'une injection de pituitrine ont été précisées par l'étude des graphiques de l'hystérographie externe et interne.

Comment agit cet extrait ? Il ne semble pas que le système nerveux central soit en cause et Schafer admet qu'il agit par excitation directe de la substance contractile. Au niveau de l'utérus nous aurons :

Intensité des contractions ;

fréquence plus grandes de ces contractions, les pauses sont raccourcies ;

tendance rythmique des contractions.

Cet effet est d'ailleurs variable. Sa variabilité dépend de la dose injectée, faible pour vaincre une hypotonie utérine légère, nous verrons à propos de la technique de notre méthoque qu'il faudra frapper fort et parfois à doses répétées pour arriver à un résultat. Elle dépend encore de l'état de l'utérus et de chaque utérus en particulier. Tel utérus demandera des doses faibles pour vaincre son inertie, tel autre des doses fortes pour vaincre cette même inertie.

CHAPITRE IV

Le Bassin Limite et l'Epreuve du Travail

I. — Définition du Bassin Limite.

On peut classer les bassins qui peuvent se présenter à l'examen d'un accoucheur en deux grandes catégories :

1) Les Bassins Viciés : bassins particulièrement rétrécis, ou bassins qui, bien que normaux, se trouvent diminués par une tumeur prœvia d'origine annexielle, utérine ou plus rarement pelvienne. Ces bassins ne relèveront pas d'une Epreuve de Travail, mais seront traités chirurgicalement par césarienne.

2) Les Bassins susceptibles d'une Epreuve de Travail, bassins désignés par Pinard d'une manière ambigue sous le nom de « Bassins Limites ». La définition en est difficile à donner. C'est un bassin au travers duquel un fœtus a autant de chances de passer que de ne pas passer. Notre définition peut paraître simpliste ou vague et c'est pourtant la seule qu'on puisse en donner. Cependant elle laisse entrevoir deux possibilités :

1) Un fœtus normal dans un bassin légèrement dystocique.

2) Un fœtus supérieur à la moyenne dans un bassin normal.

Nous voici amenés à nous poser deux nouvelles questions : Qu'est-ce qu'un fœtus normal, qu'est-ce qu'un bassin légèrement dystocique ? Une réponse chiffrée nous donnera toutes les précisions nécessaires.

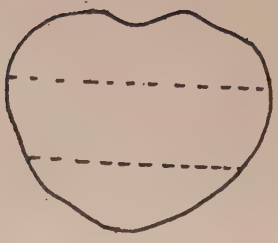
Nous appelons fœtus normal un fœtus ayant les caractéristiques suivantes :

Poids : 3 kilos à 3 kilos 200.

Diamètre bipariétal : 9,5 cm.

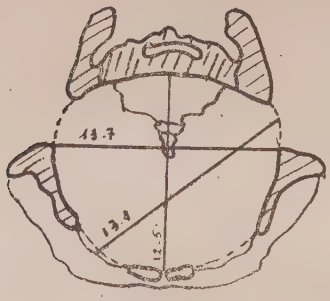
Diamètre bitemporal : 8 cm.

Diamètre biacromial : 12 cm.



Coupe Transversale et Diagramme du Bassin Passant par le Détroit Supérieur

---



Plan Parallèle Passant par le Bord Inférieur du Pubis et son Diagramme

---

Plan Parallèle Passant par les Epines Sciatiques et son Diagramme

Un tel fœtus sera susceptible de franchir une filière pelvienne légèrement rétrécie.

Pour ce qui est d'un bassin légèrement dystocique, il nous sera facile de le schématiser. Nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de cette question et c'est chez eux que nous allons glaner nos renseignements.

1) Pour Brouha le promonto-pubien minimum compris entre 8,5 cm. et 9 cm., correspond à celui du bassin-limite.

2) Demelin-Devraigne donnent :

a) Promonto-pubien minimum plus grand que 9 cm. pour bassin aplati et généralement retréci avec faux promontoire.

b) Promonto-pubien minimum plus grand que 8 cm. 5 pour bassin aplati et généralement retréci sans faux promontoire.

c) Promonto-pubien minimum plus grand que 8 cm. pour bassin aplati simple.

3) Dubrisay et Jeannin appellent bassin limite un bassin compris entre 8 et 9,5 cm.

4) Ribemont-Dessaignes et Lepage donnent 8 à 9 cm.

5) Metzger dit : promonto-pubien minimum de 8 à 9 , attendre l'épreuve du travail pour décider.

6) Sellheim demande un minimum de 8,5 cm. dans le cas d'un bassin généralement retréci, et de 8 cm. dans le cas d'un bassin aplati.

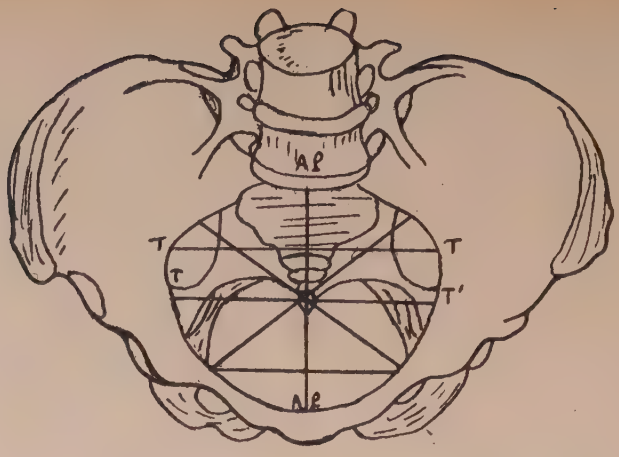
7) Voron donne les indications suivantes :

a) Promonto-pubien minimum plus grand que 9 cm. accouchement spontané dans 80 % des cas.

b) Promonto-pubien minimum plus petit que 8 cm., accouchement spontané exceptionnel, donc entre 8 et 9 cm. se trouve le point critique.

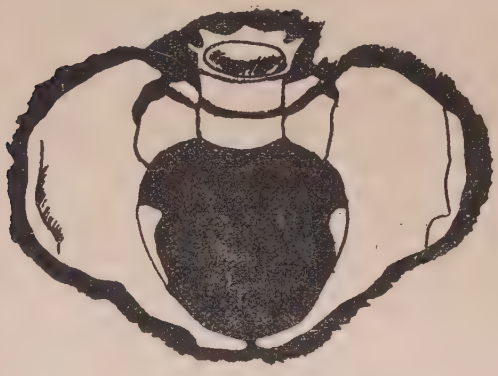
Les cas compris entre 8,6 et 9 cm. seront attachés au bassin de 9 cm. avec cependant moins d'accouchements normaux. Ceux compris entre 8 et 8,5 cm. ne donnent d'accouchements spontanés que dans 10 % des cas.

En résumé nous voyons combien il est difficile d'établir une définition précise du bassin limite. Pour notre part nous dirons qu'un bassin limite est un bassin dont le promonto-pubien oscille entre 8 et 9 cm.



Grand Bassin et Petit Bassin vus par en haut

A P. diam. ant. post. — T T. diam. trans. max. — T T' diam. trans. méd.

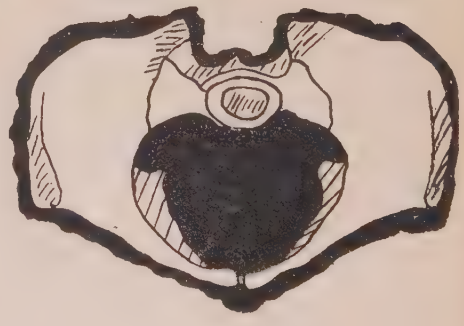


Bassin généralement Rétréci

Diam. : S. P. 9,5 — T. Mx. 12,2
T. Méd. : 11 — Ob. : 11
Sacro-Cotyloïdien : 8

Bassin Aplati Pur

Diam. : S. P. : 9,4
T. Mx : 14,2
T. Méd : 13,8
Ob. : 12,7
Sacro-Cotyloïdien : 8,8



Bassin Aplati et Généralement Rétréci

Diam : S. P. 8,5
T. Mx : 12,5
T. Méd : 11,6
Ob : 11
Sacro-Cotyloïdien : 7,3

II. — Diagnostic Clinique du Bassin Limite

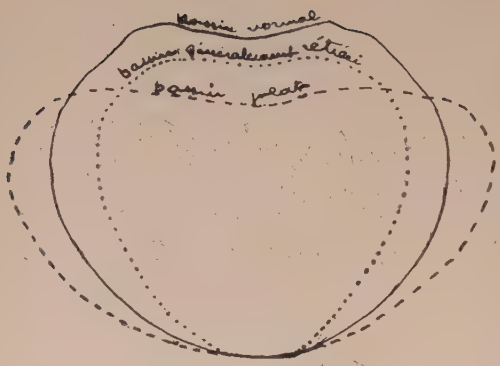
L'inspection et la palpation ne nous donneront que peu de renseignements. On pourra cependant découvrir une déviation utérine, qu'on aura intérêt à redresser pour empêcher une gêne dans les contractions de l'utérus.

Cliniquement les meilleurs renseignements nous seront donnés par le toucher vaginal. Chez un accoucheur averti il permettra de noter la forme du sacrum, celle de l'arc antérieur du bassin, la profondeur des sinus sacro-iliaques, de mesurer le promonto-pubien minimum, de se rendre compte du nombre et de la hauteur des faux promontoires, d'apprécier l'atrésie des voies génitales inférieures, d'étudier enfin le degré d'ossification de la tête fœtale et d'en apprécier le débord par la manœuvre classique de Pinard, dont la technique est bien connue.

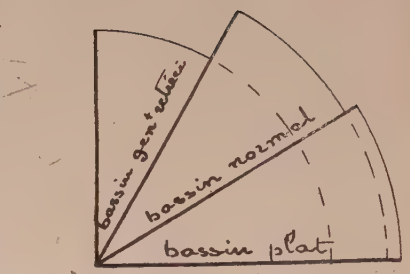
Une manœuvre qui peut nous renseigner utilement est celle du palper introducteur utilisée par Voron pour juger des possibilités d'engagement et de l'état de développement du segment inférieur. Sous cette forme il la nomme « pression sous-pubienne introductrice. » En voici la technique : « La main gauche de l'opérateur saisit la tête, tandis que deux doigts de la main droite introduits dans le vagin, apprécient le rapport exact entre la présentation et le conduit pelvien. Sous l'effet de la pression exercée par la main abdominale, la présentation descend dans les cas favorables en se coiffant du segment inférieur qu'elle déplisse. Les doigts vaginaux apprécient l'étendue de celui-ci. Un segment inférieur bien développé montre que la présentation a déjà tâté le terrain sur lequel elle aura à s'engager pendant le travail. »

Il découle de ce que nous venons de dire que la pelvimétrie interne avec mensuration renseignera avec une précision suffisante, mais encore ne faut-il pas trop s'y fier. En effet, les erreurs personnelles d'appréciation ne sont pas négligeables et l'on sait quelles différences peuvent exister entre l'examen de deux observateurs différents. D'autre part, bien que nous n'ayons pas la fatuité de nier l'excellence des méthodes de Pinard et de Voron, celles-ci ne nous donneront à notre avis que des résultats imprécis.

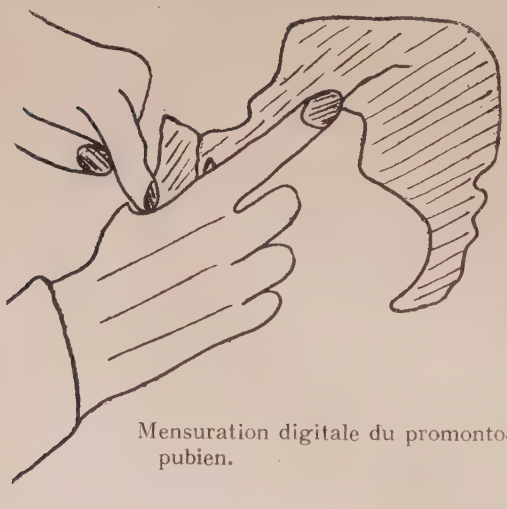
Il est difficile, en effet, dans certains cas, de préciser si une tête s'applique bien sur l'aire du détroit supérieur, si elle déborde ou est tangente à l'arc antérieur du bassin. De plus, certaines causes d'erreur peuvent venir de la plénitude du rectum, de l'adiposité de la femme, d'un œdème sus-pubien



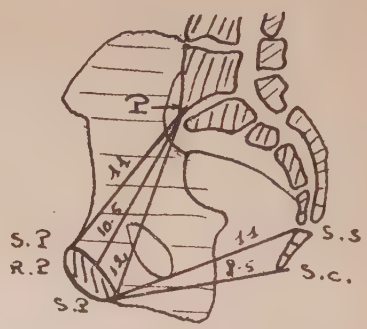
Contours superposés des Détroits Supérieurs d'un bassin normal, d'un bassin plat, d'un bassin généralement rétréci.



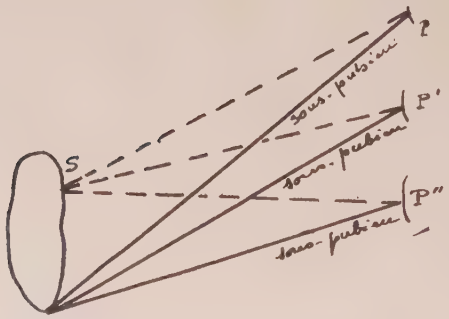
Longueur comparée du rayon de courbur de l'arc antérieur, dans le bassin normal, bassin plat et le bassin généralement rétréc



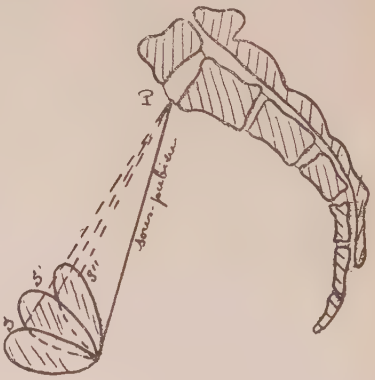
Mensuration digitale du promonto-pubien.



Coupe sagittale et médiane du Petit Bas sin avec les principaux diamètres antéro postérieurs.



Variations proportionnelles du promonto-pubien minimum d'après la hauteur du promontoire. La différence est d'autant plus grande que le promontoire est plus élevé.



Variations proportionnelles du promonto sous-pubien et du promonto-pubien min mum d'après l'inclinaison de la symphyse.

ou d'un placenta bas inséré. De plus il faudra penser à l'élément anatomique et physiologique. Le premier se rapporte à l'appréciation de l'épaisseur des parties molles et il faudra retrancher 1,5 cm. aux chiffres fournis par les méthodes cliniques, ce qui est à la fois grossier et approximatif. Le second dérive de l'accommodation fœtale et nous ne savons qu'au moment du travail à quelle présentation nous allons avoir à faire.

Nous aurons donc intérêt à compléter ces différents renseignements par des méthodes plus précises. A l'heure actuelle, en effet, on tend de plus en plus à supprimer le cœfficient d'erreur personnelle par des méthodes fondées sur des examens par appareil et fournissant des résultats chiffrés. La radiographie de profil nous permettra de préciser la forme du sacrum et l'inclinaison de la symphyse pubienne, ce qui corroborera les renseignements du toucher. Nous pourrons enfin avoir recours à la pelvimétrie radiologique. C'est une méthode dont l'intérêt n'est pas niable, mais elle demande une technique radiologique très poussée, un appareillage spécial et, pour le praticien, des notions obstétricales très précises. En effet, ce que cherche l'accoucheur dans ces radios ce ne sont pas des malformations ou des déformations évidentes, mais des mesures qui se chiffrent par millimètres. Bref, malgré sa valeur cette méthode ne s'emploiera que dans des cas exceptionnels où l'on aura vraiment besoin d'avoir une certitude, dans les autres cas on se contentera des appréciations cliniques déjà énumérées.

Le bassin examiné il nous restera à nous enquérir :

du nombre de grossesses antérieures ;
de leur dénouement ;
des interventions pratiquées ;
du poids de l'enfant ;
de son état ;
et à rechercher s'il n'y a pas associé à la grossesse actuelle
une infection d'ordre médical,
un placenta prœvia,
une tumeur prœvia,
une albuminurie,
une lésion cardio-vasculaire.

Nous voici arrivés au terme de notre examen. Qu'en pouvons-nous conclure ? Peu de choses, cependant nous pourrons savoir à ce moment si nous devrons avoir recours d'emblée

à une césarienne, ou si nous pouvons tenter une Epreuve du Travail. Il nous reste donc à parler maintenant de cette Epreuve.

III. — Définition de l'Epreuve du Travail

« L'Epreuve du Travail est une période d'expectation au cours de laquelle les différents phénomènes tant fœtaux que maternels de l'accouchement sont étroitement surveillés. C'est une expectative volontaire mais raisonnée et armée, qui est limitée entre deux stades du travail. »

Le premier stade commence avec le début des douleurs, le second au moment du pronostic de notre épreuve : intervention chirurgicale (épreuve négative) ; accouchement spontané ou forceps (épreuve positive).

L'Epreuve du Travail, comme nous la concevons de nos jours, c'est-à-dire avec association du Delalande, est comme le dit si justement Mahon « une excellente méthode de confrontations physiologiques entre le fœtus et le bassin dans les cas limites. » En effet, tout l'intérêt de notre méthode consiste dans le fait de faire rapidement ce qu'autrefois on faisait, non sans risques, pendant plusieurs heures. La question à résoudre est de savoir si le fœtus passe ou ne passe pas à travers la filière pelvienne ; le Delalande nous donne une réponse sinon immédiate du moins rapide, et évite dans la majorité des cas deux des complications de l'ancienne Epreuve du Travail : la souffrance fœtale et le mauvais état général de la mère.

IV. — L'Accouchement dans les Bassins Limites

Avant de parler de la conduite de l'Epreuve du Travail, il nous paraît bon de rappeler les principes de l'accouchement dans les bassins limites.

A) De l'Engagement dans les Bassins Limites Symétriques

a) Bassin aplati pur.

C'est un bassin dont le diamètre antéro postérieur du détroit supérieur est légèrement diminué et dont le diamètre transverse est normal.

L'engagement se fera en transverse, avec une tête légèrement défléchie afin de faire coïncider le bi-temporal plus petit et plus malléable avec le détroit supérieur. Le pariétal postérieur descendra le premier et ira se loger dans la con-

cavité sacrée ; le pariétal antérieur descendra ensuite en roulant en bas et en arrière derrière le pubis.

Dans le bassin annelé le pronostic sera, en général, bon. L'engagement sera facile et l'évolution se fera en oblique et en antéro postérieure.

Dans le bassin canaliculé le phénomène d'asynclitisme postérieur est gêné et la rotation dans l'excavation en sera plus difficile.

b) Bassin généralement rétréci.

C'est un bassin dont tous les diamètres sont diminués, mais dont la forme reste normale.

L'engagement se fera en oblique ; la tête se mettra en flexion forcée pour obtenir une diminution parallèle de ses dimensions sagittales.

c) Bassin généralement rétréci et aplati.

Il est diminué lui aussi dans toutes ses dimensions, mais le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est le plus touché.

L'engagement se fera dans ce cas aussi en oblique, la tête en flexion forcée pour encore substituer la circonférence sous occipito-bregmatique ; la bosse pariétale se placera sur les parties latérales du promontoire, au niveau des sinus sacro-iliaques.

B) De l'Engagement dans les Bassins Limites Asymétriques

On rencontre de tels bassins dans les luxations congénitales unilatérales de la hanche et dans les coxalgies.

L'asymétrie de ces bassins frappe surtout le détroit supérieur où elle résulte de l'inégalité des diamètres obliques. Mais on peut trouver des cas où le détroit moyen et l'excavation sont eux aussi lésés.

Seules les asymétries peu importantes présentent un intérêt au point de vue de notre Epreuve. Chez elles deux diamètres du détroit supérieur : l'oblique court, et le transverse s'offrent à l'engagement.

Nous citerons pour mémoire dans cette catégorie, les bassins viciés par paralysie infantile ou scoliose.

C) Des Présentations dans les Bassins Limites

La présentation du sommet est heureusement la règle. Il nous semble inutile de rappeler que les présentations de la face, du front, de l'épaule ne sauraient en aucun cas

relever de notre méthode. On connaît la difficulté soulevée par elles dans un bassin normal, à plus forte raison si nous essayons de les faire ou de les laisser s'engager dans un bassin dystocique.

Pour ce qui est de la présentation du siège, de nombreuses controverses ont mis aux prises les auteurs. Les uns sont partisans de les laisser s'engager, les autres crient au suicide rien qu'à en entendre parler. Pour notre part, nous nous rallierons à l'opinion de Mahon et laisserons se faire un accouchement par le siège dans tous les cas où il n'y aura pas d'empêchements capitaux : bassin se rapprochant de 8 cm., fœtus anormalement gros, etc., etc. ; dans les autres cas nous aurons recours sans perdre du temps en hésitations à la césarienne.

Nous venons de voir ce qu'il fallait entendre par bassins limites et par épreuve du travail, nous pouvons aborder maintenant le chapitre de la conduite de notre Méthode.

CHAPITRE V

Conduite de l'Epreuve du Travail

Un accoucheur qui, à l'heure actuelle, décide une Epreuve du Travail se trouve placé devant 3 cas :

1) La parturiente lui est connue, il a suivi la marche de sa grossesse, porté en son temps le diagnostic de bassin limite et prévu l'éventualité d'une Epreuve du Travail.

2) Il voit la cliente pour la première fois, alors qu'elle est en travail depuis plus ou moins de temps.

3) Il s'agit d'une femme connue ou inconnue, là n'est pas la question, qui a déjà subie une césarienne.

Premier cas.

C'est le plus intéressant, car il va nous permettre de faire une Epreuve du Travail avec Delalande typique.

Nous avons donc diagnostiqué un bassin limite et un examen minutieux nous a montré qu'il n'y avait aucune contre-indication à tenter notre manœuvre. Nous nous sommes entourés, et c'est capital, de toutes les précautions nécessaires : la femme est en clinique ou à l'hôpital ; le personnel compétent est prévenu ; la salle d'opération est préparée pour pouvoir pratiquer une intervention à tout moment, car on ne saurait trop répéter que notre expectative est une expectative armée.

La parturiente sera placée toutes les fois que cela sera possible sur une table d'examen et, dès le début de l'anesthésie, en position gynécologique, ce qui simplifiera grandement la tâche de l'accoucheur au moment du forceps final.

Nous rappellerons pour mémoire que la femme devra avoir été rasée, badigeonnée à l'alcool iodé ou au mercurochrome et sondée.

Ces préliminaires faits, l'accoucheur n'aura plus qu'à sur-

veiller le travail et à noter ses progrès, car les différences constatées entre les examens successifs décideront du pronostic et surtout du diagnostic d'application de la méthode de Delalande. En effet, nous tenons à préciser que le Delalande ne doit se faire, à notre avis, que lorsque la femme étant en travail il nous paraît évident que l'expulsion du fœtus ne se fera pas, du moins rapidement, sans l'aide que nous sommes en mesure de lui apporter. Sur quoi allons-nous donc nous baser pour intervenir.

A) Palpation.

Elle servira surtout à juger des modifications des contractions. C'est le point capital de la question. Demelin a pu dire : « Dans ces cas de dystocie, la tête fœtale pourrait descendre sans la moindre peine si elle était poussée dans un sens favorable par des forces normales. » Nous devrons donc noter les modifications fonctionnelles et physiques des contractions : durée, intensité, durée et nature de la pause, rythme.

Au début du travail les contractions sont, en général, normales et elles peuvent l'être durant toute l'épreuve. La dilatation avance progressivement, la rupture de la poche des eaux est spontanée ou artificielle, la tête descend et l'on aura un accouchement spontané sans avoir eu besoin d'employer le Delalande.

Malheureusement trop souvent il y a modification des contractions, le travail traîne, la dilatation ne se fait pas, on a l'impression d'une paresse utérine. Les contractions s'espacent, s'affaiblissent. Il y a une hypotonie utérine. En un mot, il y a inertie.

Il peut y avoir plus rarement hypertonie avec des contractions faibles, courtes et inopérantes.

Dans ces deux cas l'emploi de l'association anesthésique ocytocique ne doit plus être différée.

B) Inspection.

Il faudra rechercher une déviation utérine toujours possible, dans le cas de rétraction très intense on pourra observer l'ascension de l'anneau de Bandl vers l'ombilic.

C) Toucher vaginal.

Il devra se faire autant qu'il est possible avec des doigtiers aseptiques. Il nous renseignera sur :

1) La poche des eaux.

Cette dernière peut ne pas se rompre immédiatement. Dans certains cas elle peut être saillante, associée à une hypertonie utérine et à un arrêt de la dilatation.

Malgré quelques auteurs qui penchent pour ne rompre la poche des eaux qu'au moment du Delalande, nous pratiquerons, pour notre part, cette rupture quelques instants avant de commencer l'anesthésie, le Delalande se faisant de ce fait dans les meilleures conditions et sur un terrain aussi bien préparé que possible.

2) Dilatation et Etat du Col.

La dilatation devra être suivie de très près. C'est sur elle aussi que nous nous baserons pour déclancher notre Delalande. Devant une dilatation qui n'avance pas nous n'hésiterons pas, surtout si les membranes sont ou ont été rompues depuis quelque temps, à appliquer notre méthode.

Une des complications de cette Epreuve du Travail sera l'œdème du col, qui présente un bourrelet. Là encore le Delalande dans la plupart des cas fera disparaître cette anomalie.

3) Accommodation et Engagement de la présentation.

Etant donné que nous n'aurons permis notre Epreuve du Travail que sur une bonne présentation, il nous suffira de surveiller que celle-ci ne change pas. Mais plus importante est la question de l'engagement et de la descente de cette présentation. C'est d'eux que dépendra notre pronostic et notre diagnostic d'intervention chirurgicale.

D) Souffrance Fœtale.

L'auscultation devra être faite souvent. De son résultat dépendra, en effet, notre conduite. Si les bruits du cœur sont bons nous pourrons laisser se faire un travail normal.

Si la rupture de la poche des eaux amène un liquide verdâtre ; s'il y a apparition de méconium, ou ralentissement des bruits du cœur, parfois les trois ensemble, sans hésitations, il faudra tenter un Delalande.

E) Etat général de la Mère.

Là aussi il sera prudent de ne pas laisser se prolonger une Epreuve du Travail qui fatigue la parturiente. Si au bout de quelques heures nous n'avons pas obtenu de résultats, nous emploierons le Delalande. Il en sera de même dans le cas où nous aurons à faire à une femme pusillanime ou présentant des douleurs violentes.

Deuxième cas.

Nous sommes appelés auprès d'une femme en travail que nous ne connaissons pas et dont la dystocie limite a été, la plupart du temps, méconnue. Notre conduite ne sera pas identique suivant que notre cliente habitera la ville ou la campagne.

1) Elle habite la ville.

Nous rechercherons en premier lieu s'il s'agit bien d'une dystocie et dans l'affirmative nous ferons transporter notre malade à la clinique, à l'hôpital ou à la maternité, seuls endroits où nous trouverons la salle d'opération, le personnel et le matériel nécessaires. Cela fait nous nous renseignerons sur la contracture de l'utérus, le temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, la nature du liquide amniotique, la souffrance fœtale, les interventions pratiquées, l'état général de la mère. Deux éventualités se présenteront alors à nous :

a) L'intervention chirurgicale est urgente.

Nous ne nous arrêterons pas à ce cas, nous en parlerons plus longuement dans un prochain chapitre.

b) Il n'y a pas d'urgence.

Mais, en général, dans ce cas nous nous trouverons en présence d'une souffrance fœtale ou d'une femme fatiguée et nous pratiquerons immédiatement un Delalande pour terminer rapidement soit par un accouchement spontané, soit par une césarienne un travail qui n'a aucun intérêt à se prolonger.

2) Elle habite la campagne.

Ici notre thérapeutique va devoir s'adapter aux possibilités qui nous sont données. Ou bien l'évacuation sur une clinique ou une maternité sera possible et nous serons ramenés au cas précédent, ou bien cette évacuation ne pourra se faire, soit par faute de moyens matériels, soit pour une raison pathologique. C'est cette dernière éventualité qui retiendra particulièrement notre attention. Il nous paraît, en effet, bien que ce point particulier sorte un peu de notre sujet, puisqu'il ne s'agit pas d'une application de la méthode de Delalande à l'Epreuve du Travail, de préciser quelle doit être, à notre avis, la conduite du médecin en pareil cas. Nous nous trouverons en présence d'un bassin limite et comme cela arrive encore assez souvent la parturiente, au lieu de s'adresser à une sage-femme, a eu recours aux services d'une voisine

obligeante ou d'une matrone quelconque. Celle-ci s'est livrée à des manœuvres plus ou moins intempestives ou a laissé faire la nature, faisant sans le savoir une Epreuve du Travail. Dans la deuxième hypothèse, nous risquerons d'avoir un mauvais état général de la mère et une souffrance fœtale et il nous restera à tenter un forceps au détroit supérieur après anesthésie à la compresse et injection de 2,5 unités de post-hypophyse. Si le fœtus est mort ou s'il s'agit d'une présentation anormale, évantualités qui peuvent arriver dans le cas de manœuvres intempestives, nous terminerons avec les moyens du bord par une basiotripsie.

Troisième cas.

En présence d'une femme ayant subie une ou plusieurs césariennes notre conduite devra être très prudente. Plus grand sera le nombre des césariennes, plus délicate sera notre décision. Un utérus césarisé est, en effet, plus fragile qu'un utérus normal et toute hypercontraction de sa part peut amener une rupture utérine avec toutes les conséquences qui en découlent. Nous agirons donc avec prudence, notre examen du bassin sera encore plus minutieux qu'à l'ordinaire afin d'être bien sûr de n'avoir à faire qu'à un bassin limite. Notre Delalande sera moins brutal que dans un bassin normal et notre première injection de post-hypophyse sera de 5 unités que l'on pourra renouveler si le travail se ralentit et s'il n'y a pas de contre-indications : douleurs, malaises, perte de sang, etc., etc. Par une telle méthode, qui risque de heurter des accoucheurs non avertis, nous serons étonnés de voir des femmes ayant subies une césarienne lors d'un premier accouchement mettre ultérieurement au monde des enfants plus gros que le premier.

Nous venons donc de préciser les différentes modalités d'une Epreuve du Travail, méthode de Delalande bien conduite. Pour nous résumer, nous concluerons en disant que, dans le cas d'un bassin limite et devant une inertie utérine, un arrêt de la dilatation, même avec œdème du col, une souffrance fœtale ou maternelle, nous associerons un Delalande à l'Epreuve du Travail en cours et ce sans plus tarder, compte tenu, cependant, des quelques restrictions que nous avons formulées.

CHAPITRE VI

Technique de la Méthode de Delalande appliquée au cas particulier de l'Epreuve du Travail

Cette technique est assez simple et entre les mains d'un accoucheur averti elle ne présente aucune difficulté. Elle se pratiquera selon le plan schématique suivant :

1er temps :

Rupture de la poche des eaux.

2e temps :

Anesthésie.
Injection de Post-Hypophyse.

3e temps :

Expulsion spontanée du fœtus.

Forceps
ou Césarienne.

Voilà ce que serait un Delalande typique dans l'Epreuve du Travail. En fait, rares sont les cas où notre thérapeutique sera aussi simple.

Notre premier acte sera donc de rompre la poche des eaux, si cette rupture n'a pas eu lieu spontanément.

Nous pratiquerons ensuite une anesthésie, en général, au chloro-kélène, mais qui pourra être au chloroforme ou à l'éther. Dans le cas où un forceps s'imposera, Mahon conseille, et nous sommes de son avis, de faire appel au chloroforme

pour obtenir une anesthésie plus profonde que celle réalisée par le chloro-kélène.

Nous arrivons maintenant à l'injection de post-hypophyse. A quelle dose l'injecter ? A notre avis, puisqu'il s'agit d'obtenir une décision rapide il est utile de frapper fort dès le début, car il ne faut pas oublier que les doses injectées sont moins brutales qu'on pourrait le croire par suite de l'anesthésie et à la suite de Mahon nous injecterons pour commencer 10 unités.

Il nous restera alors à surveiller la marche du travail. C'est là que la pratique, le flair, si l'on peut dire, de l'obstétricien interviendront. C'est lui qui jugera de la nécessité d'une augmentation ou d'une diminution de l'anesthésie, comme le dit Mahon, l'accoucheur, le doigt sur le col « tâte le pouls de l'utérus. » Le meilleur signe de contracture est la rigidité du col. Si le col devient dur on pousse un peu plus l'anesthésie, si les contractions sont insuffisantes on la relâche.

Enfin si la première injection de post-hypophyse s'est avérée insuffisante c'est l'accoucheur qui décidera d'une nouvelle injection et de sa dose qui sera fonction de la marche du travail. On peut faire cette injection sans inconvénients vingt à trente minutes après la première.

Nous voici au troisième temps. Que va-t-il se passer. Malgré l'opinion de Delalande et de certains obstétriciens, rares seront les cas où notre thérapeutique se terminera par un accouchement spontané. Dans la majorité des cas même si notre Epreuve du Travail est positive nous serons obligé de la terminer par un forceps, en général facile ; si elle est négative, l'intervention chirurgicale sera opérée et nous en allons voir dans le chapitre suivant le moment et les modalités.

CHAPITRE VII

Pronostic de l'Epreuve du Travail

Sur quels éléments allons-nous nous baser pour apprécier la marche de notre Epreuve et pour porter un pronostic ?

I. Appréciation de la Marche de l'Epreuve

Les éléments sont ici de deux sortes : statiques et dynamiques.

a) Statiques

1) Bassin Maternel.

L'accouchement spontané sera fonction du degré de viciation pelvienne, de la forme et des dimensions du bassin. Notre chance de résultat positif sera d'autant plus grande que nous aurons à faire à un bassin aplati pur plutôt qu'à un bassin généralement rétréci. D'après Farber on aurait :

85 % d'accouchements spontanés dans les bassins de D. U. de 9,5 cm.
63 % dans le cas d'un D. U. de 9 cm.
36 % dans le cas d'un D. U. de 8,5 cm.
0 % au dessous.

2) Malléabilité fœtale.

Elle constitue un facteur d'une grande importance. Un fœtus normal c'est-à-dire pesant environ 3 kilos à 3 kilos 200, avec un diamètre biparietal de 9,5 cm., bitemporal de 8 cm., bi-acromial de 12 cm. pourra traverser un bassin limite. Dans le cas d'un fœtus plus volumineux la chose ne sera plus aussi simple cependant, dans certains cas, une tête volumi-

neuse, mais mal ossifiée pourra, grâce à un chevauchement important ou des phénomènes d'aplatissement par distorsion longitudinale, s'engager et passer, alors qu'une tête plus petite mais aussi plus ossifiée se trouvera arrêtée.

Cette adaptation de la tête au D. S. est très intéressante. Les classiques pourront nous objecter que la rapidité de notre méthode ne permet pas d'utiliser à fond cette malléabilité fœtale, cela se peut. Cependant dans les observations que nous présentons, nous n'enregistrons qu'un échec de notre méthode, ce qui laisse supposer que les quelques heures qui s'écoulent entre le début du travail et l'accouchement sont suffisantes pour obtenir une adaptation de la tête à la filière qu'elle doit traverser.

b) Dynamiques

Les éléments dynamiques sont essentiellement constitués par la valeur des contractions utérines. Autrefois cette question était d'importance, aujourd'hui grâce à l'emploi de la post-hypophyse elle passe au second plan, car nous possédons un moyen de régler les contractions utérines comme nous le voulons.

II. Diagnostic de l'Intervention Chirurgicale

C'est le point le plus délicat de l'Epreuve du Travail. Certains, comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, ont voulu en faire une question d'horloge et intervenir après un certain nombre d'heures. A notre avis c'est ici la clinique qui doit nous guider et non des chiffres comme l'a dit Brouha : « Les vertus obstétricales, l'expérience clinique, la patience, la perspicacité et l'endurance décideront du sort de l'Epreuve du Travail. » Quelles seront donc les bases de notre diagnostic d'intervention chirurgicale ?

1) L'intervention s'impose d'urgence.

Ce sera le cas dans un procidence du cordon au moment de la rupture des membranes ; dans une brusque souffrance fœtale, (cette éventualité sera très rare, car l'anesthésie paraît avoir diminué la fréquence de cet accident) ; dans une brusque élévation de la température maternelle ; dans une présentation de la face ou du front ; enfin dans le cas d'une rupture utérine faite ou près de se faire.

2) Il n'y a pas urgence, mais il faut intervenir.

C'est ici que l'expérience clinique de l'accoucheur sera mise à l'épreuve. Quand déciderons-nous d'intervenir, bien que l'urgence ne s'en fasse pas sentir ? On interviendra en présence d'une tête mobile, débordant le plan de la symphyse et arrêtée dans sa progression ; dans le cas d'une dilatation stationnaire ne correspondant pas à la durée du travail, aux doses de post-hypophyses injectées, au nombre et à la puissance des contractions. Comme nous pouvons le constater tout est ici affaire de nuances, mais ces nuances sont d'une grande importance car elles nous permettront d'intervenir avant une souffrance fœtale, une infection maternelle, une rupture utérine, etc., etc. A ce stade l'intervention sera, en général, pratiquée dans des conditions satisfaisantes pour la mère et pour l'enfant.

Nous venons de voir le diagnostic d'intervention, nous pouvons en juger, par ces quelques lignes, la difficulté, car il ne repose sur aucune règle absolue, aussi ne le porterons-nous qu'après mûre réflexion et tous les éléments du problème bien dans l'esprit.

Les modes d'intervention sont en dehors de notre étude, cependant, pour terminer ce chapitre, il nous paraît bon d'en dire deux mots. Nous avons démontré dans l'historique que l'opération de choix pour terminer une Epreuve du Travail est la césarienne basse, il nous suffira de répéter ici tout le bien que nous pensons de cette intervention.

Malheureusement elle ne sera pas toujours suffisante et nous devrons recourir à l'hystérectomie dans le cas de rupture utérine ou d'infection maternelle latente, bien que sur ce dernier point nos idées risquent de se trouver modifiées par l'emploi de la Pénicilline.

CHAPITRE VIII

Pronostic de l'accouchement spontané et des interventions après l'Epreuve du Travail

Nous l'envisagerons au double point de vue de la mère et de l'enfant.

1. — Pronostic Maternel

Dans le cas d'un accouchement spontané ou après un forceps facile il sera, en général, excellent. La parturiente devra cependant être surveillée car il y a toujours des risques soit d'endométrite plus ou moins grave, soit d'infection puerpérale pouvant devenir mortelle. A l'heure actuelle cependant, grâce à la pénicilline nous possédons un produit d'attaque de ces affections et leur pronostic qui autrefois était très grave, l'est moins aujourd'hui.

Le pronostic après intervention abdominale est lui aussi moins mauvais puisque nous possédons un moyen efficace de lutter contre l'infection.

La péritonite secondaire étant exceptionnelle, de même que l'occlusion, nous pourrons dire que le pronostic maternel dans la grande majorité des cas est excellent.

II. — Pronostic Fœtal

Dès sa naissance on examinera l'enfant qui pourra présenter :

une bosse séro-sanguine importante,
un chevauchement des os du crâne,
une asymétrie cranienne,
des enfoncements et des fractures.

Dans la plupart des cas que nous venons d'énumérer tout redeviendra normal après quelques jours d'une thérapeutique appropriée.

Malheureusement il est des complications plus graves et en premier lieu les hémorragies méningées dues vraisemblablement à un traumatisme de la boîte crânienne. On pourra voir aussi

des broncho-pneumonies,
des ctites,
des lésions cutanées, ombilicales, oculaires, digestives.

Ces différentes affections pourront entraîner la mort plus ou moins rapide de l'enfant.

C'est là le point sombre de l'Epreuve du Travail et le pronostic ne sera pas aussi favorable au fœtus qu'à sa mère. Est-ce assez dire qu'on devrait abandonner l'Epreuve du Travail, certes non, car, comme nous allons le voir, à propos des résultats, la mortalité, bien qu'élevée, n'est pas catastrophique. Eu égard aux césariennes évitées et à la mortalité fœtale dans des accouchements tant soit peu compliqués, la rançon payée à l'Epreuve du Travail est légère.

CHAPITRE IX

Résultats de l'Epreuve du Travail

A titre documentaire il nous paraît intéressant de donner quelques statistiques concernant l'Epreuve du Travail.

Tout d'abord, si nous en croyons Attaix, il n'y aurait que 1 % de cas où l'Epreuve du Travail serait possible. Ce chiffre n'a de valeur qu'en tant qu'il nous donne une idée de la fréquence de cette intervention, car nous ne devons pas oublier qu'il est des méthodes, et la nôtre en fait partie, qui acquièrent plus ou moins droit de cité et qui, employées en grand dans certains centres, ne le sont que parcimonieusement dans d'autres. Donc, le chiffre cité par Attaix a surtout une valeur pour Paris.

Plus intéressants vont être les résultats suivants :

Pour Balard et Mahon 25 % des femmes ayant subi une Epreuve du Travail l'ont vue se terminer par un accouchement spontané.

Brouha présente 94 cas de bassins rétrécis :

Nombre de cas	D. U.	Accouch. normaux	Césariennes
41	9,5	33	8
25	9	14	11
14	8,5	6	8
7	8	2	5
7	Asym.	6	1

Ce qui représente une moyenne de 64 % d'accouchements normaux et de 36 % de césariennes, avec une mortalité maternelle de 0 % et une mortalité fœtale de 3 %.

Plus intéressant est le résultat suivant : sur 39 bassins compris entre 8,5 et 9 cm., il y a eu 20 accouchements normaux et 19 césariennes, donc l'Epreuve du Travail a permis d'éviter 50 % d'interventions chirurgicales et c'est ce qui nous permet une fois de plus de répéter qu'elle doit être tentée toutes les fois que cela est possible.

Odagesco à Tarnier donne la statistique suivante pour les années de 1920 à 1926 dans le cas de 100 bassins rétrécis :

70 accouchements spontanés.
12 pelvitomies.
18 césariennes.

Pour Favreau l'Epreuve du Travail donne 60 % d'accouchements spontanés, pour Holmes 60 à 80 %, pour Damforth 80 %.

Kreiss donne 38,5 % de césariennes sur 156 Epreuves du Travail.

Rhenter dans le cas de 270 bassins viciés tente l'Epreuve du Travail 141 fois et en termine 7 par une hystérectomie basse.

Leblanc pour 220 bassins rétrécis pratique 108 Epreuves et en termine 53 spontanément.

Farber sur 99 observations nous donne :

Accouchements spontanés 63 %.
Forceps 25 %.
Césarienne basse 12 %.

Attaix sur 64 observations recueillies à Lariboisière nous indique :

32 accouchements spontanés,
7 forceps,
25 césariennes.

Enfin Dormay nous rapporte les résultats obtenus à Tarnier en 1933 : sur 105 bassins rétrécis nous trouvons :

19 césariennes avec Epreuve du Travail,
22 césariennes sans Epreuve du Travail,
5 interventions à la Zarate,
4 forceps,
1 embryotomie,
54 accouchements spontanés.

Tels sont les chiffres trouvés dans la littérature ; nous y en ajouterons quelques uns concernant la mortalité maternelle et fœtale.

Brouha donne 0 % de mortalité maternelle et 3 % de mortalité fœtale.

Couvelaire donne 2 % de mortalité maternelle.

Jeannin rapporte 2 % de mortalité maternelle et 5 % de mortalité fœtale.

Dormay donne 1 % de mortalité maternelle et 13 % de mortalité fœtale.

Nous voici arrivés au terme de cette étude ; qu'en conclurons-nous ? Nous pouvons dire que, si la mortalité maternelle est minime (1,5 % des cas), la mortalité fœtale est plus élevée, (6,5 % des cas environ). Par contre, plus intéressant est le résultat d'intervention. Près de 65 % des Epreuves du Travail se terminent par un accouchement spontané ou un forceps. Tout bien examiné ce résultat paraît suffisant pour nous inciter à tenter l'Epreuve du Travail, malgré la mortalité infantile qu'elle comporte, car nous ignorons quelle aurait été cette mortalité si on avait tenté une césarienne au début du travail. De plus le fait d'épargner à 65 % des femmes traitées une intervention chirurgicale et ses suites n'est pas à dédaigner.

Nos statistiques personnelles portant seulement sur les cas où, dans l'Epreuve du Travail, la méthode de Delalande a été utilisée, nous permettront-elles de modifier ces conclusions ? C'est ce que nous allons envisager dans les chapitres suivants.

CHAPITRE X

Observation N° 1

Mme C. — 23 ans — Primipare

Malade de petite taille, sans stigmates de rachitisme, promontoire accessible, sacrum explorable, bassin légèrement rétréci. Grossesse normale. Sommet mobile très haut, ne débordant pas et descendant au palper.

8 heures :

Sommet mobile en D.
Auscultation +.
Col effacé et perméable à 2 doigts.

18 heures :

Sommet très mobile.
Col effacé.
Dilatation à 2 francs.

20 heures :

Contractions bonnes.
Col très souple.
Poche des eaux bombant.
Dilatation grande paume.
Sommet mobile.
Bruits du cœur bons.

21 h. 50 :

Pas de modifications.
DELALANDE.
Anesthésie à l'éther.
10 unités de post-hypophyse.
Rupture provoquée des membranes.

22 h. 15 :

Contractions petites.
10 unités de post-hypophyse.
Réduction de l'anesthésie.

22 h. 25 :

Sommet engagé en O. I. D. T.
Bruits du cœur bons.
Tête bien fléchie.

22 h. 30 :

Rotation en O. P.
Efforts expulsifs violents.
Expulsion spontanée, légère déchirure du périnée.

22 h. 33 :

Délivrance spontanée. Rétraction utérine parfaite.

Observation N° 2

Mme D — 24 ans — Primipare

Promontoire accessible.

9 heures :

Sommet mobile en droite.
Col en voie d'effacement.
Dilatation à 2 francs.
Poche des eaux rompue.
Douleurs irrégulières et espacées.

16 heures :

Douleurs violentes.

17 h. 30 :

Col effacé.
Dilatation à 5 francs.
Sommet fixé.

19 heures :

Dilatation petite paume.
Présentation élevée.
DELALANDE.
Anesthésie à l'éther.
10 unités de post-hypophyse.

19 h. 30 :

Sommet engagé.
Dilatation inchangée.
Contractions très espacées.
10 unités de post-hypophyse.

20 heures :

Dilatation complète.
Présentation descendue en D. T.
Forceps.
Extraction d'un enfant de 3 kg. 100.

20 h. 20 :

Délivrance normale.

Observation N° 3

Mme F. — 30 ans — Primipare

Personne enceinte de 8 mois, utérus en état de tension permanente, léger hydramnios, col perméable au toucher, non effacé, présentation céphalique haute ; tête petite et très mobile. Bassin aplati, promontoire nettement accessible. Diamètre utile 7 cm. 5.

22 heures :

Rupture prématurée des membranes (liquide abondant)
1 Dolosal.
2,5 unités de post-hypophyse.

23 heures :

2,5 unités de post-hypophyse.

23 h. 30 :

Dilatation à 5 francs.
Sommet haut, non engagé, bien fléchi, O. I. G. A.
Bruits du cœur bons.
Contractions insignifiantes.

0 h. 15 :

Sommet fixé, pas d'asynclitisme.
DELALANDE.
Anesthésie à l'éther.
10 unités de post-hypophyse.

0 h. 30 :

Contractions petites.
Sommet engagé.
10 unités de post-hypophyse.

0 h. 45 :

Sommet engagé en O. I. G A.
Dilatation grande paume.
Bruits du cœur bons.

0 h. 55 :

Dilatation complète.
Malade presque réveillée.
Efforts expulsifs.

1 h. 10 :

Progression nulle.
Tête sur le périnée.
Rotation non achevée.
Forceps.
Extraction d'un enfant de 2 kg. 500.

1 h. 20 :

Délivrance spontanée normale.

Observation N° 4

Mme N. — 25 ans — Primipare

Promontoire accessible, sacrum explorable, sinus sacro-iliaques explorables.

17 heures :

Sommet mobile en G.
Col perméable en voie d'effacement.
Contractions bonnes.
Bruits du cœur bons.

18 h. 30 :

Dilatation à 2 francs.
Auscultation +.
2 cc. de spasmalgine.

20 heures :

Dilatation à 5 francs.
Sommet non engagé.
DELALANDE.
Anesthésie au chloro-kélène.
10 unités de post-hypophyse.

20 h. 10 :

Tête engagée.
Rupture provoquée de la poche des eaux (liquide vert)
Auscultation à 60.
Dilatation terminée au doigt.
Forceps en O. I. G. A.
Extraction d'une fille de 2 kgs 800.

20 h. 30 :

Délivrance normale.

Observation N° 5

Mme O. — 25 ans — Primipare.

Bassin légèrement rétréci.

12 h. 15 :

Dilatation à 2 francs.
Auscultation +.

14 h. 10 :

Présentation haute.
Poche des eaux bombant.
Bruits du cœur bons.

15 heures :

Auscultation assourdie.
1 Dolosal.

17 heures :

Dilatation 5 francs.
Présentation haute en O. I. G. A.
Rupture spontanée poche des eaux (liquide vert).
2,5 unités de post-hypophyse

18 heures :

Dilatation petite paume.
DELALANDE.
Anesthésie à l'éther.
10 unités de post-hypophyse.

18 h. 15 :

Tête fixée en transverse.
Dilatation complète.

19 h. 20 :

Contractions insuffisantes.
Forceps en transverse.
Extraction d'un garçon de 3 kgs 700.

19 h. 35 :

Délivrance normale.

Observation N° 6

Mme T. — 29 ans — Primipare.

Malade de 1 m. 45, bien proportionnée, bassin généralement rétréci, promontoire nettement accessible, sacrum explorable, ainsi que sinus sacro-iliaques.

5 heures .

Col effacé presque en totalité.

9 heures :

Col effacé, perméable à 1 doigt.
Poche des eaux intacte.
Sommet mobile en G.

10 h. 45 :

Contractions peu nombreuses, peu intenses.
2 cc. de spalmalgine.
2 cc. 5 de post-hypophyse.

11 h. 20 :

Sommet haut et mobile.
Dilatation à 2 francs.
Rupture des membranes (liquide clair).
DELALANDE.
10 unités de post-hypophyse.
Anesthésie au chlorokélène.

11 h. 55 :

Sommet engagé en G. T.
Dilatation petite paume.
Contractions peu fréquentes, durant 15 à 20 minutes.
5 unités de post-hypophyse.
Diminution de l'anesthésie.

12 h. 15 :

Dilatation stationnaire.
5 unités de post-hypophyse.
« Tœdious Labour ».

13 heures :

10 unités de post-hypophyse.
Contractions immédiates fréquentes, longues, efficaces.

13 h. 10 :

Dilatation complète.
Forceps en O. I. G. T.
Extraction d'un enfant de 3 kgs 100.

13 h. 20 :

Délivrance normale.

Observation N° 7

Mme G. — 20 ans — Primipare

Malade ayant présentée 2 fausses couches de 2 mois.

Personne de petite taille, sans déformations squelettiques, épines sciatiques saillantes et promontoire accessible à bout de doigts.

18 heures :

Sommet mobile.
Col effacé.
Poche des eaux bombant.
Bruits du cœur +.

19 heures :

Sommet fixé en G. T.
Dilatation à 5 francs.
Rupture spontanée des membranes (liquide clair).
DELALANDE.
10 unités de post-hypophyse.
Anesthésie au chloro-kélène.

19 h. 15 :

Contractions bonnes.
Sommet engagé en G. A.
Dilatation presque terminée, mais bourrelet circulaire.

19 h. 20 :

Tête à la vulve en O. P.
Progression nulle.
Bruits du cœur ralentis.
Forceps.
Episiotomie.
Chloroforme.

19 h. 30 :

Extraction fille de 3 kgs 050.

19 h. 45 :

Délivrance spontanée et normale.

Observation N° 8

Mme T. — 24 ans — Primipare.

Malade présentant un bassin légèrement aplati et un promontoire accessible à bout de doigt.

3 heures :

Poche des eaux intacte.
Sommet mobile en G.
Bruits du cœur bons.
Douleurs subintrantes.

9 heures :

Col effacé.
Dilatation à 1 franc.
Contractions subintrantes.

11 heures :

Douleurs importantes.
Bonnes contractions.
Présentation mobile en G.
Col souple.
Dilatation à 2 francs.
Poche des eaux intacte.
DELALANDE.
10 unités de post-hypophyse.
Anesthésie au chloro-kélène

11 h. 10 :

Dilatation à 5 francs.
Rupture des membranes, liquide clair.
Bruits du cœur bons.
Contractions rares, de faible intensité et durée.

11 h. 20 :

Tête fixée.
Dilatation stationnaire.
Contractions mauvaises.
5 unités de post-hypophyse supplémentaires.

11 h. 35 :

Tête engagée.
Dilatation petite paume.

11 h. 40 :

Dilatation complète.
Efforts expulsifs.
Position en O. I. G. T.
Présentation encore haute.
Bourrelet circulaire du col.

11 h. 50 :

5 unités d'hypophyse.
Anesthésie au chloroforme.

12 heures :

Contractions insuffisantes.
Tête bien fléchie en O. I. G. A.
Forceps, prise difficile
Extraction fille de 3 kgs 320.
Déchirure du périné.

12 h. 30 :

Délivrance normale.

Observation N° 9

Mme S. — 25 ans — II[e] Pare

Malade ayant fait 3 ans auparavant un accouchement dystocique qui se termina par une basiotripsie après échec d'une application de forceps au détroit supérieur.

A l'examen d'entrée, promontoire accessible, faux promontoire peu saillant. Aucun stigmate de rachitisme, aucun trouble de la marche. Bassin rétréci annelé ou canaliculé.

10 h. 30 :

Col effacé.
Dilatation à 1 franc.
Poche des eaux intacte.
Bonnes contractions.

16 heures :

Dilatation petite paume.
Rupture des membranes.
2 cc. de spasmalgine.
2 cc. 5 de post-hypophyse.
Présentation mobile en O. I. D. P. mal fléchie.
Asynclitisme postérieur.
Contractions bonnes.
Bruits du cœur bons.

17 heures :

Douleurs intenses, répétées, subintrantes.
Dilatation grande paume.
Sommet au détroit supérieur, asynclitisme postérieur marqué et en O. I. D. T.

18 heures :

Aucune modification.
Parturiente fatiguée par douleurs répétées.
1 cc. de spasmalgine.

18 h. 30 :

DELALANDE.
Anesthésie profonde au chlorokélène.
10 unités de post-hypophyse.
Bruits du cœur bons.

19 heures :

Sommet mobile au détroit supérieur,
asynclitisme postérieur, bosse séro-sanguine sur pariétal gauche.
Dilatation complète.
Césarienne.

19 h. 15 :

Césarienne segmentaire, extraction. d'un enfant de 3 kgs
Délivrance normale.

Observation N° 10

Mme B. — 35 ans — Primipare.

Entre d'urgence le 13-1-46. Souffre depuis 7 h. 30.

10 heures :

Poche des eaux intacte.
Dilatation à 2 francs.
Sommet mobile en D.

10 h. 30 :

1 Dolosal.
5 unités de post-hypophyse.

11 h. 30 :

Tête mobile.
Dilatation à 5 francs.

12 heures :

DELALANDE.
Anesthésie au chloro-kélène.
10 unités de post-hypophyse.
Rupture provoquée de la poche des eaux.

12 h. 30 :

Tête en voie d'engagement.
Auscultation +.
10 unités de post-hypophyse.

12 h. 30 :

Tête en voie d'engagement.
Auscultation +.
10 unités de post-hypophyse.

13 heures :

Dilatation complète.
Forceps dans l'excavation.
Extraction difficile d'un garçon de 3 kgs 280, syncope bleue, réanimation.

14 heures :

Choc intense chez la mère.
Pouls incomptable.

T. A. imprenable.
Sérum physiologique I. V.
Camphre.

14 h. 45 :

500 cc. I. V. de plasma concentré.

15 h. 30 :

Pouls bien frappé.
T. A. 8/6.

18 heures :

Bon état de la mère.

CHAPITRE XI

Etude critique des observations

Nous venons de rapporter dix observations concernant l'Epreuve du Travail, pratiquée à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Toulouse, dans le Service de notre Maître Monsieur le Professeur R. Garipuy. De l'ensemble de ces observations, quelles déductions pratiques intéressantes allons-nous tirer ?

Procédons donc à l'analyse des résultats obtenus :

Nombre d'observations	10
Accouchements spontanés	10 %
Forceps	80 %
Césariennes	10 %
Délivrances normales	100 %
Mortalité Maternelle	0 %
Mortalité Fœtale	10 %

Durée minimum de notre Méthode (temps compris entre le début de l'anesthésie et l'accouchement. Observation N° 4) ..... 10 minutes

Durée Maximum de notre Méthode (même temps que précédemment. Observation N° 6) ... 1 h. 50
Poids extrêmes du fœtus ..... de 2 k. 500 à 3 k. 700
Rupture spontanée des Membranes 4
Rupture provoquée des Membranes 6

Ces résultats en eux-mêmes sont très intéressants. Ils nous démontrent, en premier lieu, tout l'intérêt de l'Epreuve du Travail puisque nous obtenons 90 % de résultats positifs, corroborant, d'ailleurs, d'une façon impressionnante, les résultats que nous avons cités au Chapitre IX et nous permettant

de présumer que le mieux obtenu est dû, selon toutes probabilités, à l'association du Delalande à l'Epreuve du Travail.

Le nombre de forceps peut paraître élevé, il l'est en fait. L'étude de la Thèse de Delalande nous laissait entendre que cette intervention était rare, tout au moins dans le cas d'un bassin normal. Pour notre part nous pensons au contraire, et les résultats nous le prouvent, que rares sont les cas où notre méthode de Delalande se termine par un accouchement spontané et nous préférerons la terminer, ne serait-ce que pour la rapidité, par un forceps.

Par contre le nombre de césariennes est particulièrement bas et notre méthode n'y est sûrement pas étrangère. En effet, elle permet de pousser jusqu'à l'extrême limite raisonnable l'Epreuve du Travail et à l'heure actuelle, quand on décide une césarienne, c'est en ayant toutes les preuves que l'accouchement ne peut se faire autrement. Notre diagnostic d'intervention sera donc précoce et de ce fait, contrairement à ce qui se passait au temps de l'Epreuve du Travail simple, (où on opérait quelquefois après 36 heures de travail avec tous les risques d'infection que comportait cette césarienne tardive) nous ne dépasserons pas, à l'heure actuelle, les limites de l'opérabilité, c'est-à-dire qu'opérant rarement au delà de six heures, nous bénéficierons encore de toute l'aseptie désirable et que nos risques d'infection maternelle s'en trouveront nettement diminués.

Nous ne nous arrêterons pas à la délivrance, les résultats obtenus ne nous apprennent rien de plus que ce que nous avons dit lorsque nous avons parlé de l'effet des extraits hypophysaires sur elle.

Nous laisserons de côté aussi la mortalité maternelle puisqu'elle est nulle et nous nous pencherons sur la mortalité fœtale. Cette dernière est plus élevée que la moyenne des résultats que nous avons cités antérieurement. Cependant, tout en répétant ce que nous pensons à ce sujet à savoir que le nombre d'interventions évitées et leurs résultats paraît contrebalancer ce sombre pronostic, il nous paraît intéressant de rappeler que nos observations ne sont qu'au nombre de dix et que rien ne prouve que le pourcentage serait aussi élevé si elles étaient plus nombreuses.

Nous arrivons maintenant à la partie capitale de notre critique : la durée de l'Epreuve du Travail. Nous avons vu l'opinion des différents auteurs à ce sujet et la première chose qui nous frappe est le résultat obtenu par l'emploi de

notre thérapeutique. Ainsi des accouchements qui se prolongeaient autrefois jusqu'à 24 heures et même plus, se terminent, dans la majorité des cas au bout de 6 heures de travail. Ce résultat est concluant, mais que dire du suivant : nous avons un bassin limite, nous nous posons la question de savoir si le fœtus peut passer et deux heures au plus après le début de notre Delalande la réponse nous est donnée. On pourrait discuter longtemps de la valeur de notre méthode, nous ne le ferons pas, les résultats sont là et se passent de commentaires.

On ne pourra pas nous objecter que nous avons eu de la chance, que les cas étaient faciles, le volume du fœtus minime. Nous avons eu à faire dans la plupart des cas à des femmes présentant un promontoire accessible, un sacrum explorable, ainsi que les sinus sacro-iliaques, des faux promontoires et l'observation N° 3 nous montre un D. U. de 7,5 cm. Pour ce qui est du volume du fœtus il est en moyenne de 3 kilos 100, ce qui représente un bon poids et va jusqu'à 3 kilos 700 dans l'observation N° 5.

Pour ce qui est de la rupture des membranes, on peut conclure qu'ordinairement, vu la rapidité de la marche de notre Epreuve, elles ne se rompront pas spontanément. A quel moment faudra-t-il les rompre ? Comme nous l'avons déjà dit, quelques instants avant de commencer notre Delalande.

Il nous reste maintenant à aborder la question de l'association anesthésique-ocytocique. Six fois nous avons employé le chloro-kélène et quatre fois l'éther. Ces résultats ne prouvent pas grand chose. On a voulu faire du chloro-kélène l'anesthésique typique du Delalande, il n'en est rien et l'éther rend des services identiques. D'ailleurs, comme nous l'avons vu précédemment, il est bon de remplacer parfois le chloro-kélène par un anesthésique plus puissant au moment d'un forceps difficile par exemple comme c'est le cas dans l'observation N° 7. Donc il n'y a pas d'anesthésique spécifique et là interviendra seul, en grande partie, le goût de l'opérateur.

Que dire de l'emploi de la post-hypophyse ? Rien de plus que ce que nous avons déjà dit. L'ocytocique sera employé à raison de dix unités par injection, cette dernière pourra être renouvelée au bout de vingt à trente minutes, sans inconvénients puisque nous aurons entre les mains son régulateur avec l'anesthésie.

Nous terminerons enfin par la critique de nos deux der-

nières observations, qui sont un échec et un échec partiel puisqu'il y a mort fœtale. Dans l'observation N° 9 on a été obligé de faire une césarienne, par suite d'un non engagement du fœtus, malgré de bonnes contractions et une dilatation complète, ce qui n'a rien d'anormal. Dans l'observation suivante nous avons relaté une suite d'incidents malheureux post-opératoires. Nous les avons rapportés à dessein car s'ils sont rares, il ne faudrait pas tout de même les oublier. Nous avons, en effet, parlé à propos des anesthésiques de ces syncopes bleues qui se voient dans les anesthésies au chlorokélène par contractures musculaires localisées sur l'appareil respiratoire. Notre observation nous permet en plus de poser l'éventualité d'un choc dans les suites de nos accouchements et d'en esquisser la thérapeutique et les résultats satisfaisants.

CHAPITRE XII

Conclusions

Arrivé au terme d'une étude sur l'emploi de la Méthode de Delalande dans l'Epreuve du Travail, quels enseignements pouvons-nous en tirer ?

Du XVI[e] siècle à nos jours nous avons suivi rapidement les progrès faits dans la pratique obstétricale au cours des angusties pelviennes.

Nous avons, chiffres à l'appui, défini le bassin limite et l'Epreuve du Travail. Nous avons donné les modalités d'accouchement dans ces dystocies et montré quel en était le pronostic et la thérapeutique.

Une étude détaillée nous a présenté les produits utilisés dans le Delalande et nous avons essayé d'en indiquer l'action physiologique, la posologie et les modalités d'emploi.

Enfin d'une confrontation entre nos observations et celles de nombreux auteurs nous avons établi une statistique des résultats qu'un accoucheur est en droit d'attendre d'une Epreuve du Travail avec Delalande.

Notre but était de démontrer tout le bénéfice qu'un obstétricien pouvait retirer de l'emploi de l'association anesthésique-ocytocique dans l'Epreuve du Travail. Nous espérons y avoir réussi, aussi n'avons-nous pas hésité à montrer les échecs de notre méthode pour mieux mettre en lumière sa valeur réelle. Nous savons, cependant, qu'elle heurtera certains médecins qui ne verront en elle que ses inconvénients, ses échecs et ses difficultés d'application. Nous tenons, en effet, à rappeler une dernière fois que notre méthode ne peut être confiée, comme le laisseraient supposer sa facilité apparente, à n'importe quel accoucheur, car dans ce cas elle deviendrait dangereuse à tous les points de vue. Elle ne peut et ne doit être employée, dans des services spécialisés,

que par des obstétriciens de carrière qui, avant d'en décider l'emploi, auront pratiqué les examens nécessaires et auront pris toutes leurs précautions en cas d'échec. Entre leurs mains, nous en sommes persuadés, la Méthode se révélera inoffensive et fructueuse pour le plus grand bien des malades et pour la bonne renommée de l'obstétrique.

Vu : *Le Président du Jury*,
R. GARIPUY

Vu : *Le Doyen*,
J. CALVET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 6 Juillet 1946.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ATTAIX. — L'Epreuve du Travail dans les bassins limites (*Thèse*, Paris 1930).

BARDONNET. — Etude sur 130 observations d'opération césarienne basse conservatrice (*Thèse, Lyon* 1937).

BAUDELOCQUE. — L'art des accouchements. (Editions de 1781-1787-1796-1807-1822).

BAUDON. — L'anesthésie en Obstétrique (*Thèse, Paris* 1946).

BELLIARD. — Sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique (*Thèse, Paris* 1933).

BERRIER. — Etude sur 100 observations d'accouchement dirigé (*Thèse, Lyon* 1938).

BOULEZ. — Bassins transversalement retrécis étudiés au point de vue obstétrical (*Thèse, Lyon* 1935-36).

BROUHA. — L'Epreuve du Travail dans les bassins limites (*R. F. G. O.*, 1930).

CAPURON. — Cours théorique et pratique d'accouchement (1811).

CAT. — L'accouchement prématuré provoqué à la maternité de Lariboisière (*Thèse, Paris* 1937).

CATHALA. — Critique des différents modes d'anesthésie (R. F. G. O., 1921).

CHOCQUART. — De l'extrait hypophysaire ocytocique (*Thèse, Paris* 1931).

CHNEERSON. — L'hypophyse en obstétrique (*Thèse, Paris* 1917).

COEN. — Des facteurs de gravité de l'opération césarienne basse au cours du travail (*Thèse*, Paris 1936).

DEHOUVE. — Contribution à l'emploi simultané de la quinine et de l'hypophyse en obstétrique en dehors de l'avortement (*Thèse, Paris* 1936).

DELALANDE. — D'une méthode d'anesthésie et d'accélération de l'accouchement normal (*Thèse, Bordeaux* 1938).

DAURAND. — Sur l'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées (*Thèse, Lyon* 1937).

DEVENTER. — Observations importantes sur le manuel des accouchements (1734).

DEVRAIGNE. — Précis d'obstétrique, 5e édition (1942).

DORMAY. — L'Epreuve du Travail dans les Bassins limites (*Thèse, Paris* 1934).

DOUVIER. — La mortalité infantile au cours du travail dans les bassins rétrécis et dans les bassins normaux étudiée à la clinique obstétricale (*Thèse, Lyon* 1935).

FABRE. — Précis d'obstétrique (1933).

FARBER. — Considérations à propos de 99 observations d'épreuve du travail dans les bassins limites (*Thèse, Lyon* 1938).

JURUS. — De l'efficacité et de l'inocuité de certains procédés destinés à diriger la marche du travail (*Thèse, Lyon* 1933).

KŒNIG. — L'épreuve du travail et les moyens d'en préciser les limites (*R. F. G. O.*, 1939).

KREISS. — Rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement (*R. F. G. O.*, 1928).

LAFLEUR. — L'analgésie pendant l'accouchement (*Thèse, Bordeaux* 1928).

LEGRAND. — L'Epreuve du Travail dans les bassins rétrécis (*Thèse, Lille* 1939).

LEPRINCE. — Contribution à l'étude de l'extrait hypophysaire utilisé en obstétrique.

LEVRET. — Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés qui s'opposent aux progrès de l'art des accouchements (1766).

— Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, avec des remarques (1770).

MAHON. — R. F. G. O., Tome 43 (1943).

MARTE. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir en cas de viciations pelviennes. (*Thèse, Lille* 1938-39).

NICOLOFF. — Contribution à l'étude de la césarienne basse itérative (*Thèse, Lyon* 1932).

PADRITGE. — La thérapeutique des viciations pelviennes à la clinique obstétricale de Lyon pendant les années 1940-41 (*Thèse, Lyon* 1941-42).

POULLOT. — Utilisation obstétricale de l'hypophyse (*R.F.G.O.*, 1923).

RHENTHER. — Essai sur la Physiologie de la contraction utérine (*Thèse, Lyon* 1910).

RIVIÈRE (M). — Les Progrès de l'opération césarienne conservatrice doivent-ils faire disparaître l'accouchement prématuré artificiel de la thérapeutique des bassins rachitiques ? (*Thèse, Bordeaux* 1919).

RIVIÈRE (P). — L'éther comme anesthésique de choix. (*Thèse*, Toulouse 1895).

RŒDERER. — Eléments de l'art des accouchements augmentés des observations sur les accouchements laborieux à l'usage des étudiants en médecine et en chirurgie (1765).

ROUAULT. — De la césarienne itérative basse (*Thèses, Paris* 1933).

SMELLIE. — Traité de la théorie et pratique des accouchements (1785).

STEIN. — L'art d'accoucher (1804).

SZAPIRO. — Contribution à l'étude de l'Epreuve du Travail (*Thèse, Paris* 1939).

THOLON. — Etude sur 204 observations d'opération césarienne basse conservatrice (*Thèse, Lyon* 1940-41).

VAISSIÈRE. — Contribution à l'étude de l'action des extraits hypophysaires. Le déclanchement du travail au voisinage du terme (*Thèse, Toulouse* 1936).

VIGNES. — Physiologie obstétricale normale et pathologique (*Thèse, Paris* 1923).

VORON. — L'art des accouchements (1927).

VORON et PIGEAUD. — La dystocie osseuse (*Encyclopédie M. C.*).

Les dessins de cette étude ont été empruntés à *la Pratique de l'Art des Accouchements de Brindeau.* (Edition de 1927).

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Introduction 1

Chapitre II. — Historique 3

Chapitre III. — De quelques produits employés dans le Delalande : 9

1) Les Anesthésiques 9

2) L'ocytocique 13

Chapitre IV. — Le Bassin Limite et l'Epreuve du Travail 17

1) Définition du Bassin Limite 17

2) Diagnostic Clinique du Bassin Limite 21

3) Définition de l'Epreuve du Travail 24

4) L'accouchement dans les Bassins Limites.... 24

Chapitre V. — Conduite de l'Epreuve du Travail 27

Chapitre VI. — Technique de la Méthode Delalande appliquée au cas particulier de l'Epreuve du Travail 32

Chapitre VII. — Pronostic de l'Epreuve du Travail.. 34

1) Appréciation de la Marche de l'Epreuve 34

2) Diagnostic de l'Intervention Chirurgicale 35

Chapitre VIII. — Pronostic de l'accouchement spontané et des interventions après Epreuve du Travail. 37

1) Pronostic Maternel 37

2) Pronostic Fœtal 37

Chapitre IX. — Résultats de l'Epreuve du Travail.... 39

Chapitre X. — Observations 42

Chapitre XI. — Etude critique des Observations 58

Chapitre XII. — Conclusions 62

Chapitre XIII. — Bibliographie 65

ALBI. — Imprimerie des Orphelins-Apprentis — 1946